

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1912

THÈSE N° **128**

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DE LA LARYNGOSTOMIE

dans le traitement

DES PAPILLOMES DIFFUS

chez l'enfant

PAR

FRANÇOIS FONTAINE

né à Berck-sur-Mer, le 12 Novembre 1886

Président : M. LEJARS, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER - HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince (VI^e)

1912

128

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ANNÉE 1912

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DE LA LARYNGOSTOMIE

dans le traitement

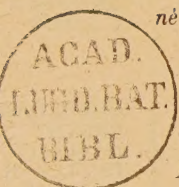
DES PAPILLOMES DIFFUS

chez l'enfant

PAR

FRANÇOIS FONTAINE

né à Berck-sur-Mer, le 12 Novembre 1886



Président : M. LEJARS, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER - HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince (VI^e)

—
1912

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....		M. LANDOUZY
Professeurs.....		MM.
Anatomie.....		NICOLAS
Physiologie.....		Ch. RICHET
Physique médicale.....		WEISS
Chimie organique et chimie générale.....		DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.....		ACHARD
Pathologie médicale.....		WIDAL
Pathologie chirurgicale.....		TEISSIER
Anatomie pathologique.....		LEJARS
Histologie.....		PIERRE MARIE
Opérations et appareils.....		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.....		HARTMANN
Thérapeutique.....		POUCHET
Hygiène.....		MARFAN
Médecine légale.....		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.....		LETUILLE
		ROGER
		DEBOVE
Clinique médicale.....		LANDOUZY
		GILBERT
		CHAUFFARD
Maladies des enfants.....		HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale..		GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.....		DEJERINE
		PIERRE DELBET
Clinique chirurgicale.....		N.
		QUENU
		RECLUS
Clinique ophtalmologique.....		DE LAPERSONN
Clinique des maladies des voies urinaires.....		LEGUEU
		BAR
Clinique d'accouchements.....		PINARD
		RIEMONT-DES
		SAIGNES
Clinique gynécologique.....		POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....		KIRMISSON
Clinique thérapeutique.....		A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
BALTHAZARD	DUVAL PIERRE	LECÈNE	OMBREDANNE
BERNARD	GOUGEROT	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GREGOIRE	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GUENIOT	LERI	REITTERER
BROCA ANDRÉ	GUILLAIN	LÉPER	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JOUSSET ANDRÉ	MAILLARD	ROUVIERE
CARNOT	LABBE MARCEL	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LANGLOIS	MULON	SICARD
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVAS-	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	TINE	NOBECOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE		OKYNCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE, A MA MÈRE

*Hommage de ma reconnaissance
filiale.*

A MON ÉPOUSE

A MON FRÈRE

A MES AIEULES ET BEAUX-PARENTS

A MA BELLE-SŒUR

A MON ONCLE LE DOCTEUR DACQUET

A MES TANTES

A MA MARRAINE

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX DE PARIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR LENOIR

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE

A MONSIEUR LE DOCTEUR BECLERE

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE (RADIOLOGIE)

A MONSIEUR LE DOCTEUR RIST

MÉDECIN DE L'HÔPITAL LANNEC

A MONSIEUR LE DOCTEUR CASTAIGNE

PROFESSEUR AGRÉGÉ

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TESSIER

MÉDECIN DE L'HOPITAL CLAUDE BERNARD

A MONSIEUR LE DOCTEUR THIERRY

AGRÉGÉ CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL DE LA PITIÉ

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA CLINIQUE BAUDELLOCQUE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SEBILEAU

DIRECTEUR DE CLAMART

CHIRURGIEN CHARGÉ DU SERVICE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

*J'adresse tous mes remerciements
pour la permission qu'il m'a accordée
d'étudier ce sujet dans son service où
j'ai passé mes deux dernières années
de médecine.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR HALPHEN

*Qui a bien voulu me communiquer
les deux observations inédites de cette
thèse.*

A MON AMI LE DOCTEUR BOUROTTE

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJARS

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE

*Qui m'a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

INTRODUCTION

De toutes les opérations chirurgicales mises en pratique par le laryngologiste pour lutter avec une efficacité plus ou moins certaine contre cette redoutable affection des papillomes diffus, *la laryngostomie* est la dernière inscrite, et cependant après avoir étudié les observations que j'ai pu recueillir dans la littérature médicale, après avoir observé les malades que j'ai suivis dans le service de mon maître le docteur Sébilleau, il m'a paru qu'il était possible, en dégageant le rôle, l'importance, les résultats de ce nouveau mode de traitement, de porter sur lui un jugement favorable. C'est à cette étude, c'est à ce travail que je consacre ma thèse inaugurale.

Avant d'aborder ce sujet, je crois cependant qu'il est utile de dire quelques mots des papillomes eux-mêmes, non pour répéter ce que d'autres ont déjà dit, mais pour essayer de faire ressortir de cet examen anatomo-clinique *les faits pathologiques essentiels* contre lesquels doit lutter

tout traitement de cette affection ; car c'est à cette pierre de touche, si je puis m'exprimer ainsi, que nous pourrons juger et de sa valeur et de son importance.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

SUR LES PAPILLOMES

HISTORIQUE

Les papillomes du larynx furent découverts de longues années avant l'invention du Laryngoscope, ce merveilleux instrument d'où devait naître une nouvelle branche de la science médicale ne date que de 1829, c'est *Babington* de Londres, qui le premier usa d'un miroir laryngé, le *glottiscope*; au contraire les *papillomes du larynx* furent signalés pour la première fois par *Lieutaud*, ce médecin français, dans son livre intitulé : « *Historia anatomio medica* décrit un *corps polypeux en grappe* » qu'il rencontra à la partie supérieure du larynx au cours de deux autopsies faites, la première sur un adulte, la seconde sur un enfant.

En 1851, *Ehrmann*, doyen de la faculté de médecine de *Strasbourg*, écrivit l'histoire des polypes du larynx, l'apparition de son livre, fit dire à *Verneuil*, qu'il marquait une nouvelle période dans l'histoire de ces productions morbides.

Il faut signaler aussi la thèse que soutint *Causit* en 1867

à la faculté de médecine de Paris ; l'auteur s'efforce surtout de mettre au point la question anatomique et symptomatique de ces tumeurs.

Mais depuis lors, les laryngologistes qui s'occupèrent de ce sujet envisagèrent surtout le traitement de cette affection, considérant peut-être à tort, que l'anatomie pathologique et l'histologie en étaient fixées d'une façon complète et certaine ; et ne se demandant point, si dans cette étude, il ne serait pas possible de déterminer l'étiologie des caractères différentiels que prennent à la muqueuse du larynx, les papillomes ; caractères qui font toute la gravité de ces tumeurs, je veux dire la **récidive** et la **prolifération**, ou plus justement l'**ensemencement**.

ÉTIOLOGIE. — Depuis EHRMANN la connaissance de la nature des papillomes n'a point progressé ; aujourd'hui comme jadis, nous ne possédons à ce sujet rien d'absolu, nous n'expliquons que par des hypothèses, tandis que les uns incriminent nettement une *tuberculose du larynx* plus ou moins atténuée, d'autres se demandent si ces tumeurs ne seraient pas une *manifestation de l'hérédo-spécificité* ; mais il n'en est pas un qui apporte de son opinion une preuve acceptable. Cependant si l'incertitude règne sur la nature de la *cause efficiente*, il semble du moins que l'accord se soit fait sur la nature des *causes prédisposantes*.

Tous les laryngologistes accusent l'**irritation** : EHRMANN ne disait-il pas déjà en 1850, « qu'une **irritation prolongée** du larynx, de quelque nature que ce soit, peut conduire à la formation de polypes ». Il est même possible d'illustrer d'un exemple cette opinion ; dans les observations que j'ai

parcourues j'ai noté celle d'un ouvrier, qui, à la suite d'une explosion de gaz dans une cave, eut une inflammation des voies aériennes supérieures. Le malade paraissait guéri quand subitement il devint aphone, au miroir laryngoscopique on découvrit des masses d'aspect granulomateux, ces masses furent enlevées et l'examen microscopique confirma le diagnostic de papillomes du larynx. Le malade guérit.

Parmi les différents modes d'**Irritation**, on cite unanimement les *fièvres éruptives*. Je dois dire que je n'ai pu rencontrer d'observation à l'appui de cette idée ; mais au contraire, j'ai trouvé rapporté celle d'un enfant, qui, atteint de papillomes diffus récidivants pour lesquels on avait fait une trachéotomie, fut pris de rougeole ; les papillomes, loin de proliférer pendant le cours de la maladie, se flétrirent et disparurent avec le déclin de la fièvre éruptive.

Il ne me paraît pas non plus que le sexe et les conditions sociales puissent avoir une influence quelconque sur l'apparition des papillomes, et cependant certains affirment sans apporter de statistique, que l'homme en est plus souvent porteur que la femme.

ANATOMIE. — A l'œil nu, et vus en place, les papillomes ressemblent à de petites tumeurs implantées sur la muqueuse du larynx au moyen d'un pédicule plus ou moins grêle, qui même parfois fait défaut ; ils ne gardent ni l'aspect, ni la couleur de la muqueuse qui les environne, ces petites éminences deviennent blanchâtres, ressemblant à de la muqueuse linguale. « *Quand ces parties en sont légèrement hypertrophiées* », elles restent filiformes ou

grenues, isolées ou groupées, prenant alors la forme de *crête de coq, de chou-fleur, de grappe de raisin*. Leur volume varie du grain de millet à celui d'un pois ou d'une noisette.

La durée du développement des papillomes est très variable, chez certains malades ces tumeurs s'accroissent *rapidement* ; en quelques mois, en quelques semaines elles déterminent les symptômes les plus graves ; chez d'autres au contraire, leur évolution se faisant *lentement*, elles n'arrivent qu'après des mois, des années à gêner le malade ; ce fait important n'a reçu aucune explication.

L'**histologie** des papillomes nous montre leur *nature bénigne* ; c'est une prolifération épithéliale anormale de la muqueuse se localisant en différents points du larynx, se faisant tout entière en saillie et ne pénétrant jamais dans le derme sous-jacent.

SIÈGE. — D'après CASTEX, BULL, SEMON, le siège des papillomes serait localisé de préférence sur la *commisure antérieure* des cordes vocales ; d'après d'autres laryngologistes, on les trouverait *sur les bords mêmes de ces cordes* ; cependant, si l'on interroge les observations cliniques, on voit que les papillomes peuvent *envahir tout le larynx ; les bandes ventriculaires, les replis aryépiglottiques, la base de la langue, l'orifice de la cavité de Morgagni, la région sous-glottique et même la trachée*.

SYMPTOMES. — La série des symptômes de ces tumeurs découle naturellement de leur localisation et de leur évolution ; selon que leur développement est plus ou

moins rapide, le début des symptômes est lent ou brusque. *Par leur siège*, les papillomes agissent doublement sur les actes physiologiques du larynx : la **phonation** et la **respiration** ; ils gênent la **phonation**, en entravant l'action automatique et délicate de la musculature intrinsèque de l'organe ; ils influencent la **respiration** par l'obstruction qui diminue le passage de l'air dans la cavité laryngée.

La voix s'altère ; tout d'abord, c'est un **enrouement** qui revient par intermittence, et finit par s'établir définitivement ; puis le timbre change, la voix devient *rauque* ou *sifflante* et bientôt l'enfant se trouve *aphone*.

Pendant ce temps, le malade n'accuse que de rares accès de dyspnée, *car les troubles de la voix précèdent presque toujours ceux de la respiration* ; le médecin, qui se trouvera en présence d'un enfant pris spontanément d'un accès de suffocation, devra s'en souvenir, pour ne pas refaire à son actif la très célèbre erreur de TOURDES, et pour éliminer de suite les *affections aiguës* du larynx : la *laryngite striduleuse*, *diphthérique*, *l'œdème de la glotte*, *l'asthme thymique*. L'accès de suffocation est d'une durée variable ; parfois, il se prolonge au milieu des scènes les plus dramatiques. Le regard anxieux, les globes oculaires saillants, la face violacée, tuméfiée, le petit malade lutte avec effort, il rejette la tête en arrière, et dans ce mouvement qui allonge au maximum la trachée, il essaye de faire passer un mince filet d'air ; mais bientôt il est à bout de force, et si l'accès ne se termine, il va succomber. On voit alors le corps se couvrir de sueur, on perçoit à peine un pouls filiforme, l'asphyxie est imminente et la mort certaine, si le médecin n'intervient par une trachéotomie d'urgence.

Il faut remarquer que la *crise de suffocation* n'est pas toujours en rapport avec la *multiplicité* des papillomes ou leur *siège glottique*, mais qu'il s'ajoute souvent un phénomène de *spasme* à l'obstacle mécanique.

Citons encore comme symptômes, en terminant, des accès de toux qui subissent les modifications de la voix ; un bruit de drapeau que l'on percevrait à l'auscultation avec un sifflement laryngé tantôt rude et rapeux, tantôt ronflant et striduleux, des douleurs pré-laryngées et enfin de la gêne de déglutition.

Mais tous ces symptômes n'ont qu'une valeur médiocre ; quand il s'agit d'émettre un diagnostic précis, il faut avoir recours à la *laryngoscopie directe ou indirecte*.

C'est un fait reconnu de tous, que la laryngoscopie indirecte est difficile chez l'enfant, mais il est hors de doute, qu'avec un peu de patience et de douceur l'on y parvient, sinon toujours, du moins souvent ; si la langue ne peut être retenue par la main, pour introduire le miroir, il suffit alors de prendre l'*abaisse langue d'Escat*, ou la *spatule de Kirstein*. Enfin, si malgré tout, il est impossible de faire l'examen, on peut avoir recours à la *laryngoscopie directe* au moyen des *tubes de Killian* qui servent aussi pour l'ablation endolaryngée de ces tumeurs.

ÉVOLUTION. — Abandonnés à eux-mêmes les papillomes conduisent presque toujours les malades qui en sont porteurs à une *mort inévitable* ; les cas où on les voit se flétrir et disparaître, guérir spontanément sont très rares ; ces faits s'observaient à l'époque où les chirurgiens impuissants abandonnaient ces tumeurs au sort du destin.

BRUNS cite trois cas de guérison spontanée sur quarante-huit qu'il a pu réunir.

Depuis LEVRET, les laryngologistes interviennent toujours ; pour sauvegarder la vie de l'enfant ils enlèvent ces papillomes. Cependant, quelle que soit la méthode employée, ils ne peuvent, malgré cette intervention, empêcher les tumeurs de repulluler. Les anciens papillomes sont remplacés et de nouveaux viennent s'implanter sur les parties saines de l'infundibulum laryngé; ce n'est plus une récurrence, c'est une multiplication, « c'est un ensemencement », ont dit certains auteurs ; il semble que la tumeur enlevée agisse comme l'épi chargé de semences qu'une main trop lourde arrache de terre, faisant tomber de la tige, par la violence de sa secousse, les graines qui bientôt grandissent et remplacent au quadruple l'épi fauché.

Ce phénomène de pullulation, dont nous ignorons l'étiologie, est indéniable, et nombreuses sont les observations où l'on peut voir ces tumeurs réapparaître et se multiplier après la deuxième intervention. On en cite une moyenne de 60 à 65 %; les autres malades guériraient après une première ablation. Il faut encore remarquer que non seulement ces cas sont en plus petit nombre que les premiers, mais qu'il est impossible au premier abord de les distinguer. *Par conséquent, en présence des papillomes diffus, la crainte de la récurrence est toujours menaçante.*

De toute cette étude des symptômes et de l'anatomie de ces tumeurs nous devons conclure : *que les papillomes histologiquement bénins ne peuvent entraîner de graves accidents que par leur **siège**, leur **volume** et leur **repullula-***

tion. Contre ces trois faits nous devons établir un *traitement*, et seul sera valable, celui qui, en *permettant d'enlever* toutes ces tumeurs quel que soit *leur siège*, empêchera d'une manière presque certaine *toute récurrence* et *tout ensemencement*. J'espère pouvoir montrer, que seule de toutes les interventions, la laryngostomie réunit ces garanties ; elle donne la surveillance journalière du larynx qui permet de détruire tout papillome naissant, et partant de limiter et de supprimer toute récurrence.

HISTOIRE DES TRAITEMENTS

Tant que GARCIA professeur de chant n'eut pas montré toute la valeur et l'importance de la laryngoscopie indirecte, les papillomes ne reçurent qu'un traitement purement chirurgical ; les *méthodes médicales*, les *interventions endolaryngées* ne furent employées que lorsque le médecin fut exercé au maniement du miroir.

Au commencement du XVIII^e siècle, le praticien appliquait un cautère à la nuque, une poudre capitale sur le bregma de tout enfant qui était pris de violents accès de suffocations ; puis vint le tour des chirurgiens qui pratiquèrent la *trachéotomie*, mais les insuccès de toutes sortes, qu'ils éprouvèrent : broncho-pneumonies, infections pulmonaires diverses ne les encouragèrent point dans cette voie ; et il y eut un moment dit BICHAT où *l'on abandonna l'évolution des papillomes au destin du hasard*.

LEVRET, fut le premier qui eut l'idée de traiter les papillomes par *la voie endolaryngée*. Les instruments qu'il avait inventés pour lier les polypes de l'utérus, il les modifia pour intervenir sur ceux du larynx, mais sa méthode n'eut guère de succès, elle cessa avec lui

En 1851 EHRMANN décrivit dans son livre une nouvelle intervention, la *laryngotrachéotomie* qu'il avait pratiquée sur un enfant atteint de papillomes diffus ; par cette large brèche il pût débarrasser son malade des tumeurs qui le gênaient et réussir à le guérir.

Quelques années plus tard apparaissaient les essais de thérapeutique médicale.

TRAITEMENTS MÉDICAUX. — **Mackenzle**, au moyen d'une *éponge* ou d'un *pinceau*, recouvre les papillomes de solution tantôt au *nitrate d'argent*, tantôt au *sulfate de zinc*, d'autres l'imitent en *pulvérisant* le larynx de *perchlorure de fer* et de *tanin*.

Bruns prétend obtenir des guérisons avec des *insufflations* de poudre composée d'une partie de *nitrate d'argent* et de six parties de *magnésie calcinée*, ce dernier produit ne servant que de véhicule au premier ; **Bruns** ne se doutait pas que la *magnésie* dont il se servait allait bientôt jouer un rôle dans la guérison des papillomes.

Des laryngologistes plus prompts, plus audacieux, voyant que ces traitements restaient vains, n'hésitèrent pas à *détruire* les tumeurs rebelles par **des solutions escharotiques** : l'*acide nitrique* et l'*acide chromique*.

Toutes ces méthodes échouèrent et cependant les traitements médicaux se multipliaient de toutes parts. Il ne se passe de congrès qu'un spécialiste n'apporte un produit pharmaceutique nouveau, ayant donné de bons résultats dans le traitement des papillomes.

A LONDRES, **Clayton Fox** (1905) recommande l'emploi de l'*acide acétique*, mais **Dundes Grandt** avait tenté

auparavant l'acide salicylique. A NEW-YORK, **Johnson** (1900) vante l'effet de l'acide chromique, mais **Smith**, qui le suit, écrit que l'huile de ricin en injection endoloryngée réussit mieux.

EN ITALIE, **Gradenigo** choisit la formaldehyde, pendant qu'au congrès de VIENNE, **Heryng et Swain** recommandent l'un des pulvérisations de phénol sulfò-riciné, l'autre des attouchements à l'alcool, De BALTIMORE, **Samuel Johnson** rapporte un cas de papillomes guéris par des cautérisations au chlorure de zinc, mais on apprend que **Simpson** obtient le même résultat avec de l'acide lactique. **Polyak**, de BUDAPEST, fait connaître au congrès de Vienne les effets salutaires du radium, il s'en est servi dans un cas avec succès. A toute cette thérapeutique **Korner** de ROSTOCH ajoute encore le traitement arsenical pour combattre la diathèse qui favorise ces tumeurs.

RÉSULTATS. — L'inutilité de ces traitements, leurs échecs ne sont point discutables ; leur multiplicité, leur diversité les condamnent, sans qu'il soit besoin d'invoquer d'autres preuves ; et cependant, l'on ne peut douter de l'authenticité des succès que rapportent les promoteurs de ces produits pharmaceutiques. Reconnaissons donc, que s'ils échouaient souvent, ils réussissaient quelquefois, mais dans les seuls cas, où les papillomes ont une tendance spontanée à disparaître, leur action antiseptique ayant pu favoriser, mais n'ayant jamais provoqué la guérison.

MÉTHODE DE CLAOUÉ. — EN FRANCE, **Claoué**, de Bordeaux, a récemment préconisé, une méthode

qui fit assez de bruit et se répandit en ANGLETERRE où elle a trouvé d'ardents partisans, — elle consiste dans l'emploi de *magnésie calcinée* à l'intérieur à la dose de 4 grammes et en *insufflation* sur les parties malades du larynx. Cette thérapeutique déjà préconisée dans le traitement des verrues de la peau et des papillomes de l'appareil génital, où elle ne donne que des succès, paraissait devoir agir pareillement sur les papillomes du larynx ; au début, quelques guérisons furent publiées à son actif ; mais les échecs vinrent plus nombreux, et il semble qu'en ce moment la méthode ait perdu de sa première vogue.

Parmi les trois malades dont nous rapportons l'observation Lucie Kl., fut traitée sans succès par ce procédé.

Il apparait donc que ce traitement, qui n'est certainement pas sans valeur, ne réussit lui aussi que dans cette catégorie de papillomes dont nous parlions plus haut.

MÉTHODES ENDOLARYNGÉES. — Les méthodes chirurgicales sont aussi multiples et diverses que les méthodes médicales, et nombreuses sont les tentatives qui furent préconisées soit par voie externe, soit par voie endolaryngée, pour débarrasser le larynx de ces tumeurs.

On divise les méthodes endolaryngées en deux catégories selon que l'ablation des tumeurs se fait avec ou sans le contrôle du miroir.

Sans le contrôle du miroir, nous avons trois procédés : l'écouvillonnage, le curettage, le tubage.

L'écouvillonnage comprenait plusieurs manières ;

Voltolini se servait d'une *éponge* montée au bout d'une tige métallique qu'il introduisait rapidement au niveau de l'infundibulum laryngé ; ou bien si le malade était porteur d'une trachéotomie, il introduisait le fil par l'orifice trachéal et il le ramenait par la bouche faisant traverser à l'éponge le larynx *à la manière qu'on ramone une cheminée.*)

Chlari, pour montrer plus de douceur, déchirait les friables tumeurs avec un *dur pinceau*.

Après ces deux méthodes nous avons les *tubes* d'**Odwyer** (1879) tubes fenêtrés de telle sorte, qu'en les introduisant dans le larynx, les papillomes s'engageaient par les orifices, ce qui permettait de les écraser ou de les guillotiner par l'intermédiaire d'un second tube glissant dans le premier.

Baumgarten reprit ce procédé en 1898.

Escat dans l'invention de son *papillotome* que l'on trouve décrit dans la thèse de son élève **Ch. Denille**, s'inspire des tubes **d'Odwyer**.

Le papillotome se compose de trois pièces : un tube tronc conique, présentant trois fenêtres occupant presque toute la hauteur du tube et séparées par des lames tranchantes découpées en hélice dans la paroi.

Ce tube est perforé à son extrémité libre par un orifice suffisant pour permettre le passage de l'air, assez petit pour ne point laisser chuter dans la trachée les papillomes tombés dans le tube.

Par sa base supérieure, le tube est pourvu d'un pivot, grâce auquel, l'instrument, animé de rotation autour de son axe vertical, *pourra agir à la manière d'un alésoir ou d'une tondeuse de gazon.*

Une crémaillère, munie de deux anneaux dans lesquels on engage le pouce et l'index imprime au pignon des mouvements de va et vient (Thèse de CH. DENILLE, Bordeaux, juillet 1907).

RÉSULTATS. — *L'éponge de Voltolini, le pinceau de Chiari, les tubes d'Odwyer, les papillotomes d'Escat, tous ces instruments sont abandonnés de nos jours : ces méthodes ne donnant que de médiocres succès font courir trop de risques par leur aveugle brutalité. Comment oser introduire dans un larynx d'enfant, dans cet organe si délicat un instrument agissant à la manière d'un alésoir ou d'une tondeuse de gazon ?*

LE TUBAGE. — *Le tubage pratiqué d'abord dans les cas d'urgence, où ignorant du diagnostic, le médecin ne cherchait qu'à lutter contre l'asphyxie, fut érigé par quelques laryngologistes en mode de traitement — il eut une certaine vogue chez nos voisins d'outre-manche.*

RÉSULTATS. — *Les résultats recueillis sont médiocres, pour ne pas dire désastreux. Chez l'enfant tubé, non seulement les papillomes ne disparaissent pas ; mais encore ils font courir au petit malade le risque de succomber à l'asphixie, si par hasard, comme le fait a pu s'observer, un papillome venait brusquement obstruer la lumière du tube.*

Dangereux, le tubage, réclame en plus une surveillance quotidienne ; pour mettre l'enfant à l'abri de tout accident, il faut, qu'auprès du malade, soit toujours présente une

personne capable de remettre en place le tube qui peut s'échapper d'un instant à l'autre.

MÉTHODES ENDOLARYNGÉES SOUS LE CONTRÔLE DU MIROIR. — Nous avons terminé l'examen, des *méthodes endolaryngées* qui s'exercent sans contrôle, voyons la *laryngoscopie indirecte et directe*, qui se fait la première avec le *miroir laryngé*, la seconde sous la *surveillance directe de la vue*.

Pour enlever les papillomes sous le contrôle du miroir et par voie endolaryngée, **Bruns** en 1860 se servait, de *pince*, de *grattoir* et d'*anse* ; ce sont encore aujourd'hui les mêmes instruments, ils n'ont été que modifiés.

Le traitement *galvano-caustique*, que **Balassa** recommandait vers la même époque est réapparu de nos jours avec l'invention du *galvano-cautère*. Cependant, s'il semble que cette intervention ait une certaine influence sur la *récidive*, sa pratique risque d'être dangereuse par les *sténoses cicatricielles* ultérieures qu'elle peut parfois déterminer.

Les *tubes de Killian* et ceux de *Kirsten* sont des *méthodes de laryngoscopie directe*.

Le procédé **de Killian** mérite d'être décrit.

Garel de Lyon, s'est fait **en France** le promoteur de cette méthode intéressante dont il a rapporté plusieurs succès.

L'instrumentation se compose d'un *tube spatule*. Le malade est anesthésié et mis en *position de rose* — la bouche entr'ouverte au moyen d'un *abaisse langue*, l'on y introduit le *tube de Killian* dirigé vers la paroi postérieure

du pharynx ; puis éclairé soit au moyen du *miroir de Clar*, soit d'une autre manière, l'opérateur redresse son tube en le poussant légèrement pour accrocher le rebord épiglottique qu'il relève aussitôt avec le bec de la spatule ; le voici à la partie supérieure de l'infundibulum laryngé, l'on aperçoit la glotte avec tous ses détails. Les papillomes qui s'offrent à la vue sont saisis par une petite pince montée sur un tube mince et actionnée par un manche à trois anneaux.

Si par hasard, la sténose provoquée par les papillomes, menaçait d'*asphyxier* le malade, il est recommandé, avant d'introduire le tube de Killian, de faire une *trachéotomie préalable*.

PROCÉDÉS CHIRURGICAUX. — C'est d'abord la simple *trachéotomie*, l'enfant reste *canulard*, pendant que l'on attend du repos de l'organe la disparition des papillomes diffus. Cette méthode est encore basée sur ce fait erroné, que ces tumeurs *disparaîtraient* vers l'âge de *six ans*.

S'il est incontestable que la *trachéotomie* améliore l'état du larynx, il est certain qu'elle ne le guérit jamais, car les *papillomes récidivent à chaque tentative de fermeture* (MOURE, Bordeaux).

Et puis cet enfant, dont nous attendons la guérison des papillomes par le repos vocal et respiratoire du larynx, obligé de garder sa trachéotomie pendant des mois, plus souvent des années, devient fatalement *un canulard* ; et alors pendant ce temps non seulement il court les risques d'une infection pulmonaire parfois mortelle, mais encore son *larynx se rétrécit* au niveau de l'anneau cricoïdien, où

a été pratiquée la *trachéotomie* ; l'organe privé de toutes ses fonctions physiologiques, ne se développe pas, il reste dans l'état où il se trouvait, et l'on peut voir un enfant guéri des papillomes, exposé à de nouveaux dangers de sténose par le fait même du traitement.

En 1902 mon maître le **professeur Sébilleau** reconnaissant les multiples inconvénients de cette méthode, décrit un procédé de *trachéotomie temporaire*. L'ouverture de la trachée ne servait qu'à débarrasser cet organe des papillomes *siégeant* dans les espaces sous-glottiques ou ventriculaires partout où la pince laryngée ne pouvait les atteindre.

Voici les temps principaux de ce procédé opératoire.

Le malade est placé dans la position de *Tredelenbourg*.

Après incision des parois de la trachée, l'organe est maintenu soulevé et béant par deux fils suspenseurs, qui écartent les lèvres de la plaie.

La position du malade, l'ouverture béante de la trachée, permettent d'explorer facilement le champ trachéal et d'y faire à l'aise toutes les manœuvres opératoires nécessitées par ces tumeurs sans qu'il soit besoin d'utiliser des canules et des tampons pour éviter la pénétration du sang dans les voies aériennes.

Le larynx est suturé immédiatement pour éviter le port prolongé de la canule avec tous ses inconvénients.

A la *trachéotomie temporaire*, ou avec port prolongé de la canule viennent s'ajouter d'autres opérations qui comprennent différents *types d'incisions partielles du larynx*

dont elles prennent le nom. La *thyrotomie* fut la première et la plus fréquemment employée puis ce fut la *cricothyrotomie*. En 1908, le professeur SEBILEAU ajouta à cette dernière l'*hyoïdotomie*, en raison de la topographie de certains papillomes qui siègent non seulement à la partie supérieure de la glotte et du vestibule, mais encore sur la face antérieure de l'épiglotte.

Les chirurgiens, voulant se créer une plus large ouverture, eurent recours à la *laryngo-fissure* ; ils pouvaient ainsi, en écartant les deux lèvres de la plaie, curetter plus facilement les papillomes du larynx, se servir du *galvano-cautère* ou employer la *fulguration*.

RÉSULTATS. — Ces méthodes chirurgicales, réussissent certainement à débarrasser le larynx de tous les papillomes quel que soit leur siège ; n'exposant point le malade au port prolongé d'une canule, elles ne lui font point courir les risques inhérents à ce système ; mais se terminant toutes par la **suture immédiate** des bords de la plaie, elles ne le mettent point à l'abri d'une récidive et l'on peut rapporter de multiples observations où les papillomes ayant réapparus l'enfant fut **thyrotomisé, deux fois, trois fois, même davantage**. Ne cite-t-on ce petit malade qui eut 17 thyrotomies.

CONCLUSION. — De cette revue des traitements, nous pouvons conclure, qu'il n'en est aucun, soit dans les méthodes *endolaryngées*, soit dans les méthodes *chirurgicales*, qui puisse avoir une *influence* quelconque sur la récidive et la *prolifération* des papillomes ; je sais bien

que toutes ces méthodes ont enregistré des succès, des résultats définitifs, mais si toutes ont guéri une part égale de papillomes, toutes ont échoué à peu près dans le même nombre de cas.

Lorsque les papillomes récidivent et prolifèrent qu'elle que soit la méthode que l'on tente, il est presque assuré que l'intervention se renouvellera plusieurs fois, et l'on dirait à lire toutes ces observations qu'elles sont copiées l'une sur l'autre.

Un enfant est atteint de papillomes, on les lui enlève par la voie endolaryngée, les tumeurs récidivent et prolifèrent, une trachéotomie est décidée, l'enfant mis au repos pendant quelques mois ne va pas mieux ; fatigués d'attendre les parents se rendent chez un autre laryngologiste qui décide une thyrotomie, le petit malade débarrassé de toutes ces tumeurs laryngées, la plaie suturée, présente quelques jours, quelques mois de bien-être. La respiration est normale, mais bientôt, reviennent de plus en plus fréquents les accès de dyspnée, la récurrence est évidente une nouvelle thyrotomie est décidée et l'on obtient une nouvelle guérison, mais une nouvelle récurrence peut revenir, les faits se répéter, jusqu'au moment où les tumeurs cessent brusquement de réapparaître après avoir bravé longtemps nos efforts.

LA LARYNGOSTOMIE

DÉFINITION.—La *laryngostomie* comme la *laryngofissure*, consiste dans l'incision de la partie médiane du larynx et parfois même de la partie supérieure de la trachée, mais elle en *diffère* essentiellement par le maintien *temporaire* ou permanent d'une **stomie** qui permet la surveillance quotidienne de la cavité laryngée.

HISTORIQUE. — Si dans le traitement des rétrécissements du larynx, l'histoire de la laryngostomie serait aujourd'hui très longue à décrire, *elle est brève*, au contraire, quand il s'agit de dire son rôle dans la guérison des papillomes du larynx. Pourtant, ses débuts ne semblaient pas l'indiquer, ne fut elle pas créée *en Italie* par le professeur **Ruggi**, qui l'employa justement pour soigner un enfant atteint de papillomes récidivants. Cette observation fut présentée par le **D^r Nazi** au public médical de la *Clinica-Chirurgica* du 7 avril 1899.

L'enfant dont il s'agissait était un *canular* qui avait été *trachéotomisé* pour papillomes récidivants du larynx. **Ruggi** eût alors l'idée, afin de surveiller la récurrence constante des papillomes de faire une *laryngofissure* dont il empêcherait les deux lèvres de se rapprocher ; laissant ainsi la cavité laryngée à ciel ouvert, pour surveiller les papillomes jusqu'à leur disparition complète. Ce procédé réussit merveilleusement ; et après trois mois l'enfant était guéri. Ce cas fit le tour de la presse médicale. En juin 1900 on le trouve dans le « *laryngoscope* » il est signalé dans un article « *fur laryngologie de l'international centrablatt.* » Sept ans plus tard le professeur **Canepale** le signale à ses collègues du Congrès de laryngologie de Rome.

Mais la *laryngostomie* qui avait été préconisée en Italie ne reçut son baptême scientifique qu'en France. **Sargnon** et **Barlatier** devaient, en l'appliquant aux divers traitements des rétrécissements laryngés, lui donner une valeur scientifique et thérapeutique qu'elle ne possédait pas jusqu'alors.

Sans doute déjà, **Jaboulay** avait pratiqué en 1899 cette opération dans un cas de sténose, et **Killian** (Berlin) en avait fixé l'application méthodique dans les rétrécissements cicatriciels, en décrivant vers 1906 son procédé de dilatation caoutchoutée ; mais il faut convenir, que seule l'école de Lyon, préconisa avec ardeur ce procédé, cherchant à le vulgariser partout, dans toutes les écoles de l'Europe.

Sous son impulsion, la laryngostomie pénétra en *Russie*, où **Yvanoff** qui l'employa pour les périchondrites syphilitiques ou typhiques réussit à guérir plusieurs malades. Parmi les observations qu'il a lues au *congrès russe* de 1908 et 1910 on ne trouve cité aucun cas de papillomes traités par la laryngostomie.

EN HONGRIE, **Boros de Szeged** publie un cas de sténose guérie par la laryngostomie (1909).

EN ESPAGNE, **Ricardo Botey** de Barcelone se fait le promoteur de cette méthode chirurgicale qu'il emploie même dans le traitement d'une tumeur maligne du larynx (1909).

EN AUTRICHE, le professeur **Chiari** publie trois cas de *laryngostomie* et montre au congrès de BUDAPEST les cylindres métalliques dont il s'est servi pour la dilatation, mais **Killian**, préconise de son côté des lanières de caoutchouc de trois dimensions qu'il a fait construire à cet usage (1906).

EN AMÉRIQUE, **Chevalier Jackson** publie une étude sur les *laryngostomies* qu'il a pratiquées depuis 1904 jusqu'à 1909.

EN ALLEMAGNE, **Gluck** rapporte une guérison dans un cas de chondrite suppurée.

Canepale de *Bologne*, l'emploie dans le *sclérome laryngien*, qui est une affection particulière à l'Europe Centrale déterminant une sténose progressive du larynx.

EN ANGLETERRE, la laryngostomie vers 1908 pénètre avec **Mackensie** et **Herbert Tilley**. Mais déjà elle

rencontre, dans les personnes de **Saint Clair, Thomson** et **Dundas** des adversaires résolus.

C'est en *Belgique* qu'après la *France* la laryngostomie eut plus de succès.

Béco, Jauquet, Delsaux, Van den Wildenberg, Blondiau la préconisèrent dans le traitement des papillomes, autant que dans les autres sténoses.

En juin 1911, dans une communication à la société *Belge de laryngologie*, **Béco** (de *Liège*) à propos d'un malade ; chez lequel, il avait fait une *thyrotomie* pour papillomes récidivants du larynx, conseillait de tamponner le conduit laryngo trachéal et de ne pas suturer d'emblée après *laryngofissure* :

(Si l'extirpation complète des masses néoplasiques n'est pas certaine, disait-il, où si le curetage par voie externe est suivi de récédive, il est préférable, de ne pas s'obstiner à suturer immédiatement le canal laryngo trachéal dans les opérations ultérieures, mais de tamponner pendant un temps variable; et d'en faire la suture secondaire, lorsqu'on a la conviction, qu'il n'y a pas apparence de récédive)
B. de la S. Belge oto-laryngologie, 1901.

Béco conseillait ainsi l'emploi de la laryngostomie sans la nommer.

De son côté **Ruggi** apportait en 1901 au congrès de *Rome* deux nouvelles guérisons de papillomes par la laryngostomie.

Au cours des années 1906-1908 et 1910, à chaque congrès *Belge*, **Béco** donnait des nouvelles sur l'état de *trois*

malades laryngostomisés pour papillomes dont la guérison s'accomplissait régulièrement. Aussi, à l'appui de ces succès, pouvait-il recommander, avec raison la laryngostomie, comme seul traitement chirurgical dans les formes récidivantes des papillomes diffus de l'enfance. (Presse Belge, juillet 1910).

Mais en ANGLETERRE, (Société royale médicale de Londres, novembre 1909) cette opinion n'était pas admise ; **Saint-Clair, Thomson** écrivait que la laryngostomie était tombée en désuétude ; sur les 37 cas qu'il rapportait n'y avait-il pas eu six morts et seulement 14 guérisons, une mortalité de 16 %.

Une opération, qui donne de si piteux résultats, disait-il, ne semble pas valoir la peine d'être développée.

Béco lui répondit justement (1910 presse Belge) si la laryngostomie avait une si noire réputation, elle ne se serait pas étendue, comme elle l'a fait, dans la plupart des pays et le nombre de cas, qui atteignent actuellement 154 au minimum, ne se serait pas si rapidement développé. Réponse que **Sargnon** confirmait en disant : « Si l'auteur avait consulté les statistiques que nous publions tous les ans, il ne porterait pas une appréciation aussi inexacte. »

Barlatier, dans sa thèse de Lyon 1909, recommande la laryngostomie dans le traitement des papillomes, il rapporte même deux observations que nous lui empruntons.

Au congrès de Budapest 1910, **Moure** et **Masséi** conseillent cette intervention dans les cas rebelles de papillomes.

Dans la *Revue de Chirurgie* (10 mars 1911), **Rolland** et **Broca** citent cette méthode et conseillent son emploi.

Au *Congrès de Berlin* (1911), **Ferreri** rapporte onze cas de guérison par la laryngostomie, dont un pour papillomes du larynx. La même année, dans les *Archives de Chauveau* il étudie les différents modes de plastique employés pour oblitérer la stomie.

A cette époque, **Molinie**, de *Bordeaux*, apporte au pansement une petite modification qui ne manque point d'intérêt.

Vers la fin de 1910, **Moure**, **Guisez**, **Vignard**, en *France*, **Bonnet**, en *Algérie*, **Calamida**, **Gradenigo**, en *Italie*, rapportent chacun un cas de papillomes guéris par la laryngostomie.

A la *Société de Chirurgie* (20 décembre 1911), le docteur **Halphen**, assistant du service du professeur **Sebileau**, de *Lariboisière*, vint lire l'observation d'une malade chez laquelle toutes les méthodes avaient été tentées sans réussite et qui se trouvait enfin guérie par la laryngostomie.

Si donc il apparaît que nous devons placer en première ligne **Ruggi** comme le promoteur incontesté de la laryngostomie dans le traitement des papillomes, c'est un devoir de justice que d'associer à son nom, ceux de **Béco** et de **Sargnon**, qui, dès la première heure, essayèrent d'attirer l'attention des laryngologistes sur ce nouveau mode de traitement ; car en dehors des écoles Italiennes, Belges et Françaises il n'est guère rapporté d'observations de malades traités ainsi,

EN ANGLETERRE la laryngostomie n'a pénétré que pour être combattue.

EN ESPAGNE, en ALLEMAGNE, en AUTRICHE et en RUSSIE elle est appliquée de préférence aux traitements des sténoses consécutives au laryngotyphus, à la syphilis ou au sclérome laryngé, elle y est peu connue en tant que traitement chirurgical des papillomes de l'enfant.

OPÉRATION

PRÉCAUTIONS PRÉOPÉRATOIRES. — Le malade doit être opéré à *froid* en dehors de toute *poussée fébrile*, de toute bronchite. Il serait utile de faire précéder l'opération d'une désinfection méthodique des voies respiratoires supérieures.

Dans le cas de papillomes diffus, la *trachéotomie*, doit être *pratiquée*, quelques jours *avant la laryngostomie*, pour donner un peu de repos au larynx, calmer son irritation et habituer le poumon à cette nouvelle prise d'air.

INSTRUMENTS. — Ils sont peu nombreux.

Un bistouri boutonné

Les cisailles de Moure

Des curettes de différentes grandeurs

Des ciseaux

Une sonde cannelée

Deux écarteurs

Une canule de Lombard

ANESTHÉSIE. — Elle peut être *locale* ou *générale*. Cette dernière est bien préférable à notre avis.

Voici le procédé d'**anesthésie locale** qu'emploie **Sieur du Val de Grace**.

C'est la méthode *par infiltration* et *contact direct*.

On emploie une solution à la novococaine peu tonique.

Serum physiologique 100 grammes.

Novococaine 0,50 à 1 gramme.

Solution, à laquelle on ajoute, au dernier moment, XXV gouttes d'*adrenaline* au millième.

1° *Infiltration intradermique* sur la ligne médiane depuis l'os hyoïde, jusqu'à 3 centimètres au dessous du bord inférieur du cricoïde.

2° *Infiltration* des deux nerfs laryngés supérieurs.

3° *Infiltration* sous cutanée au devant du larynx et à son contact de façon à produire une infiltration que l'on s'attachera à diffuser dans les parties molles par des manœuvres de massage.

4° Le malade, étant dressé, sur son séant anesthésie directe de la base de la langue (méthode de FOURNIER) de l'épiglotte et de la cavité laryngée sous le contrôle du miroir, en vue de prévenir les reflexes gênants lors de l'ouverture du larynx.

5° Enfin une mèche de gaze est imprégnée à l'avance d'une solution forte de cocaïne, adrénaline que l'on introduira et qu'on laissera pendant quelques minutes dans la cavité laryngée, dès que le thyroïde aura été incisé, en l'appliquant soigneusement sur les papillomes à extraire. (Moure. Lyon. T. II. 11 mai 1912).

Anesthésie générale. — Dans le service du professeur SÉBILEAU, on se sert d'un procédé ingénieux, simple et très utile, donnant au chirurgien toute sa liberté de mouvement et facilitant en même temps l'anesthésie.

Le malade, étant déjà porteur d'une *trachéotomie*, est endormi par des compresses imbibées de chloroforme présentées en avant de l'orifice canulaire, lorsque le sommeil est obtenu, *on relie la canule trachéale* par un *tube de caoutchouc* à l'appareil de Ricard. Le chloroformisateur se retire alors vers le milieu de la table d'opération près de la main du malade, pouvant ainsi surveiller également la respiration et le pouls ; le tube de caoutchouc glisse sur le côté droit ou gauche de l'opéré.

POSITION DU MALADE. — La *position de Rose* est la plus universellement employée, elle évite la chute du sang dans la trachée, cause reconnue de broncho-pneumonie.

Chez une des malades dont je rapporte l'observation, le **professeur Sebileau** a employé la *position de Tredelembourg* qui donne à ce point de vue plus de sûreté et n'oblige pas pour préserver la trachée de faire un tamponnement au-dessus de la canule.

INCISION. — Les parties molles sont sectionnées depuis la ligne supérieure du thyroïde jusqu'à l'orifice de la trachéotomie.

Il peut être utile de laisser entre la stomie que l'on va créer et la trachéotomie un *pont* de substance que l'on sectionnera plus tard, ce pont rend plus stable la canule et permet de fermer plus facilement par des tampons de gaze

le passage laissé libre au-dessus de la canule, entre le larynx et la trachée.

On fait une hémostase parfaite.

Les cartillages sont alors sectionnés de bas en haut, de dehors en dedans, avec le bistouri boutonné ; mais si, par hasard, ils sont trop ossifiés, l'on se servira de la cisaille de Moure.

Arrivé à ce *stade opératoire*, **Ferreri** de Rome enlève la partie antérieure de l'anneau cricoïde, « *afin que le conduit laryngien communique selon une ligne droite avec la trachée.* » Les avantages de cette méthode sont, d'après l'auteur, d'éliminer les dangers de rétrécissements ultérieurs au niveau du cricoïde, siège habituel des sténoses; de détruire où d'éviter les angles de déformation qui se forment dans l'angle laryngo - trachéal chez les sujets qui restent longtemps porteurs de canule ; elle faciliterait également une plastique précoce et empêcherait la formation de cicatrices défectueuses sur lesquelles se forment des chéloïdes. »

La cavité laryngée est ouverte.

Les bords de la muqueuse sont suturés, avec des fils de soie à la peau ; trois points suffisent de chaque côté; il faut rejeter l'emploi des fils d'argent qui coupent les bords de la plaie.

Les laryngologistes français prétendent que cette suture favoriserait l'épidermisation du larynx ; ce fait n'est pas admis par l'école italienne qui laisse libres les bords, la suture devant selon leur dire favoriser le sphacèle des bords de la plaie.

La stomie est faite,

Avant de procéder à l'ablation des papillomes, il est utile de *badigeonner* la cavité laryngée avec un mélange de *cocaïne* au $1/30$ et d'*adrénaline* au $1/1000$. On reconnaît alors exactement le *siège des papillomes*. Puis on interpose tout autour de la partie endolaryngée de la canule Lombard une certaine quantité de gaze afin d'isoler la trachée de la cavité laryngée où l'on opère, et d'empêcher ainsi au cours du curetage que le sang ne descende dans les bronches.

On procède à *l'ablation des papillomes*, les plus gros sont enlevés au ciseau et l'on curette le reste, en *excisant la muqueuse* qui les environne jusqu'à la sous-muqueuse. C'est le procédé qui limite au minimum les chances de récurrence. Dans ce même but, les chirurgiens ont préconisé des *cautérisations au galvano* sur chaque point d'implantation des tumeurs ; cet instrument est également utilisé pour limiter l'hémorragie qui se produit quelquefois, mais rarement.

Il faut citer la méthode de ces laryngologistes, qui, se contentant de pratiquer une simple stomie, laissent *au radium* le soin de faire disparaître les papillomes.

Lé curetage terminé, la cavité laryngée est bourrée de gaze stérilisée ou de gaze à l'ectokan qui facilite l'hémostase.

PANSEMENT. — Pendant huit jours, l'opéré est visité *quotidiennement* ; on surveille sa température ; ses pansements sont renouvelés, en se servant de gaze stérilisée que l'on peut induire de *rouge écarlate*.

Le **pansement** comprend trois stades.

Le stade de sphacèle, de bourgéonnement, d'épidermisation.

Le stade de sphacèle. Le stade de sphacèle plus limité dans cette affection que dans le traitement des rétrécissements ne dure que quelques jours. Dans une de nos observations, il est même passé presque inaperçu. Le sphacèle, c'est ce point blanc gris sale que l'on perçoit semé ça et là sur la surface du larynx, très marqué parfois au niveau de l'émergence des fils. Ces points ne tardent pas à se ramollir, et l'on peut les enlever facilement au cours de chaque pansement avec des tampons mouillés d'eau stérilisée ou d'eau oxygénée.

Il faut également enlever les fils des bords de la stomie si le sphacèle s'étend jusque-là.

Pathogénie du sphacèle

Deux causes : 1° La pression exercée par la dilatation caoutchoutée employée prématurément. 2° La gangrène commençant par la partie supérieure de la cavité laryngée serait due à une infection endobuccale descendante. SARGNON et BARLATIER ont pu l'établir par des examens bactériologiques, (A. Ch. T. II, 1905.)

Ce sphacèle, qui a son utilité dans les sténoses pour faire fondre le tissu cicatriciel, doit être ici surveillé et limité avec précaution pour éviter toute infection trachéale descendante, le fait ayant pu s'observer dans un cas de broncho-pneumonie provoquée de cette manière.

Stade de bourgeonnement

Au sphacèle succède le bourgeonnement de la cavité laryngée, bourgeonnement qu'il faut arrêter par des cautérisations au nitrate d'argent.

Stade d'épidermisation

Peu à peu, l'on voit l'épiderme cutané envahir la cavité laryngée, remplacer la muqueuse excisée, et prendre la place des bourgeons que le nitrate d'argent a fait disparaître au fur et à mesure.

Pour *exciter l'épidermisation*, plusieurs méthodes sont possibles, c'est d'abord la *dilatation* caoutchoutée, et l'*emploi du rouge écarlate*.

Le *rouge écarlate* favorise l'épidermisation, déterge la plaie et diminue les sécrétions.

Le *radium* peut être employé au même titre pour obtenir du tissu cicatriciel ; sous son action, il se forme un tissu lisse, souple, non exubérant, qui permettrait le retour presque normal des fonctions physiologiques du larynx.

LA DILATATION EST-ELLE UTILE DANS LE CAS DE PAPILLOMES ? — L'accord est unanime lorsqu'il se trouve joint à ses tumeurs un certain degré de rétrécissement du larynx ; mais si le laryngologiste n'a qu'à combattre la récurrence des papillomes, le désaccord

s'accroît, les uns emploient la dilatation, d'autres la rejettent.

S'agit-il de lésion non cicatricielle, écrit SARGNON, notamment de papillomes, la dilatation caoutchoutée est alors formellement contre indiquée et le tamponnement à la gaze est très suffisant. Ici le but de la laryngostomie n'est pas de faire de la dilatation, mais de créer une stomie permanente curative de l'affection, et permettant un traitement local d'ailleurs variable (MOURE, 1909, T. II).

Dans les trois observations que nous rapportons, la dilatation caoutchoutée a été employée pendant un mois environ.

1° Pour éviter d'abord un rétrécissement toujours possible à la suite d'une stomie dont le maintien surtout dans le traitement des papillomes peut varier de quelques mois à un an et même davantage.

2° Cette dilatation caoutchoutée qui ne favorise nullement l'ensemencement des papillomes comme l'ont dit à tort quelques-uns, est non seulement d'une innocuité parfaite ; mais elle agit encore favorablement, sa surface étant induite de rouge écarlate, sur la formation épidermique de muqueuse laryngée.

Si donc la dilatation caoutchoutée ne joue pas ici, le rôle important qu'elle possède, dans les sténoses cicatricielles, il est utile cependant d'en maintenir la pratique.

Le drain sera de caoutchouc rouge à paroi épaisse et lisse.

La longueur variera avec chaque cas particulier, ne dépassant jamais les arythénoïdes pour ne pas amener de nausées ou de vomissements.

Le volume en sera choisi selon le développement du larynx de l'enfant, allant du n° 7 au n° 20.

Les extrémités seront minutieusement rodées à la flamme puis passées dans un mélange d'alcool et d'éther qui enlève le caoutchouc fondu.

L'extrémité inférieure sera taillée en biseau et concave afin d'épouser la convexité de la canule.

Pour éviter que le drain ne glisse dans la trachée, un fil de soie en traverse l'épaisseur et vient se fixer sur la canule.

MOLINIÉ, de Bordeaux, a récemment apporté à ce procédé un petit perfectionnement très utile et facile à réaliser.

Il consiste dans l'emploi d'une *feuille de caoutchouc* que l'on colle au drain et dont on replie les ailes sur les lèvres droites et gauches en dehors de la stomie afin d'empêcher l'accrolement trop rapide des bords.

La durée de la dilatation ne dépassera guère un mois.

La méthode caoutchoutée employée presque partout en France ne l'est pas en Italie où l'on accuse ce procédé de produire au début un sphacèle excessif, de donner lieu à des sécrétions laryngo-trachéales abondantes.

Canepelle et Ruggi, se servent de gaze induite de vaseline et d'iodoforme, pendant que **Ferreri** a recours au *tampon d'ouate* qu'il comprime dans la trachée ; ces deux méthodes sont plus douces et essentiellement lentes ; elles permettraient l'emploi du radium.

Entre la méthode française et cette dernière il en existe une troisième également imaginée par **Melzi** et **Cagnole**, cette méthode consiste dans l'emploi *d'ouate avec une*

anse centrale en bois, au début ; uniquement en bois très lisse plus tard.

RÉCIDIVE. — La surveillance de la récidence est le fait le plus important à considérer au cours des pansements ; chaque semaine, l'on introduira un *miroir de rhinoscopie* postérieure pour visiter toutes les parties de la cavité laryngée. Chaque *papillome* récidivant sera immédiatement *curetté* et *cautérisé* au *nitrate d'argent*.

L'on pourra même soumettre la muqueuse du larynx à quelques applications de *radium*. Chez une des malades du professeur **Sebileau**, il a été fait avec avantage des *insufflations* de *magnésie calcinée* et de *nitrate d'argent*, sur des papillomes récidivants. Toutes ces méthodes donnent d'excellents résultats. Lorsqu'après un mois ou deux il ne se sera plus présenté trace de papillomes, que le larynx sera complètement épidermisé, le malade pourra être autorisé à respirer par les voies naturelles, à cette effet la canule sera enlevée et devant la *stomie* l'on mettra un *pansement occlusif*.

Les jours suivants l'orifice se refermera peu à peu et bientôt il ne restera plus qu'une petite fente de 2 ou 3 centimètres comme cela s'est produit chez les malades que nous avons pu observer.

PLASTIQUE. — A quelle époque faut-il pratiquer la *plastique*. Faut-il lorsque le malade est guéri maintenir la *stomie*, pendant *plusieurs mois* ou même *d'avantage* comme le demande SARGNON. A notre avis il ne semble pas que cette opinion puisse être acceptée, car elle

ramènerait les malades porteurs d'une stomie au même rang que ceux qui ont été trachéotomisés et sont devenus des canulars. La laryngostomie a dit le professeur Sébilleau n'est qu'un **moyen** elle ne doit pas être un **but**, si elle était un **but** les opérés ne se trouveraient pas dans une situation sensiblement différente des simples **trachéotomisés**. Après la guérison des papillomes le malade ne devra donc garder sa stomie que pendant une période d'environ trois mois ; si pendant ce temps les tumeurs ne récidivent point, il est alors permis de pratiquer **la plastique**.

Plastique. Avant de pratiquer la plastique il faut s'assurer de la possibilité de la respiration par les voies naturelles en mettant devant la stomie pour l'obstruer une emplâtre de sparadraps (BECO). La plastique sera faite selon le procédé de **Gluck, modifié par le professeur Sébilleau** ; l'on taille deux lambeaux rectangulaires, l'un ayant son bord libre vers l'intérieur, l'autre vers l'extérieur ; on incise les lignes supérieures et inférieures des deux lambeaux ; la hauteur des deux rectangles dépassera légèrement la hauteur de la stomie, autour de laquelle, il sera préférable de laisser un **bord cutané** de quelques millimètres ; les deux rectangles sont disséqués. Le bord libre du lambeau interne est replié pour venir s'insinuer sous la surface cutanée de l'autre rectangle et s'insérer au cul de sac de son congénère.

Au moyen de fil de soie, on fixe l'extrémité libre du lambeau externe sur le rebord cutané délimitant le premier lambeau. En haut et en bas, pour compléter l'occlusion, on

suture les lèvres du lambeau interne au rebord cutané. Ainsi on réalise une occlusion parfaite de la stomie par un procédé qui ne laisse subsister que trois petites lignes cicatricielles, qui disparaissant avec le temps, n'enlèvent rien à l'esthétique du cou. Les résultats que donnent ce procédé sont excellents, les malades respirent facilement et peuvent reprendre leurs occupations.

Chez les trois malades, dont nous rapportons l'observation, la plastique de la stomie *a été faite en un seul temps*, et non en deux temps comme le pratiquent la plupart des laryngologistes. Il a suffi de laisser se fermer peu à peu la stomie à sa partie supérieure pour que l'orifice se réduise à quelques centimètres, ce qui a permis l'oblitération de la fente laryngée par deux lambeaux de faible dimension.

On peut observer l'échec de la suture latérale à sa partie supérieure et inférieure ; pour l'éviter, certains auteurs ont recouvert les lambeaux latéraux de deux petits lambeaux supérieurs et inférieurs.

La plastique, par simple avivement des deux lèvres, ne donne pas de bons résultats, elle échoue fatalement par l'infection qui se produit toujours au niveau des sutures ; quand on peut la faire réussir, elle donne des cicatrices défectueuses, des chéloïdes.

FONCTIONS PHYSIOLOGIQUES. — Si la respiration redevient normale, il n'en est pas de même de la phonation ; souvent atteinte avant la laryngostomie, elle ne se rétablit que médiocrement après l'opération.

Le malade retrouve presque toujours la voix rauque qu'il possédait déjà.

Cependant, chez une des malades dont nous rapportons l'observation (L.KL) ; les cordes vocales recouvertes de papillomes ayant disparues au cours du curettage, on a pu les voir se reformer lors de l'épidermisation du larynx ; ce fut d'abord de simples bourgeons blanchâtres, qui reprirent peu à peu la forme de cordes vocales. La malade qui était aphone avant la laryngostomie, put après la plastique retrouver une voix d'un timbre rauque sans doute, mais lui permettant cependant de s'exprimer convenablement.

La laryngostomie ne nuit donc pas à la phonation, elle peut, au contraire, en faciliter le rétablissement.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — Ruggi

5 ans, papillomes laryngés, trachéotomie ; laryngostomie le 26 janvier 1898, dilatation à la gaze ; durée 3 mois ; guérison.

In-BARLATIER, Thèse Lyon 1909.

OBSERVATION II. — Ruggi

10 ans, papillomes sessiles et sténoses cicatricielles depuis 6 ans ; laryngostomie, dilatation à la gaze pendant cent jours ; guérison.

In-BARLATIER, Thèse Lyon 1909.

OBSERVATION III. — Ruggi

Interventions endolaryngées récidives, trachéotomie, laryngofissure, récidive, laryngostomie, guérison.

Jeune fille, 16 ans, atteinte de papillomes laryngés récidivants. Excisions endolaryngées répétées par le professeur CANEPÈLE. Récidive. Dyspnée grave. Trachéotomie d'urgence puis la laryn-

gofissuré ; raclage de toute la cavité endolaryngée, cautérisation au galvano-cautère, suture immédiate. Soudure presque complète du larynx. Après quelques mois le décanulement paraît impossible, la malade a de nouveaux accès de suffocations. Elle est vue par les professeurs CHIARI (Vienne) et MASSÉI (Naples) ; on lui fait de la dilatation par les tubes de Schroetter ; le professeur CANEPÈLE qui la soumet à ce mode de traitement n'a point de succès.

Enfin le professeur RUGGI décide de faire une laryngostomie, l'opération a lieu. Le larynx est dilaté et surveillé pendant trois mois. Après ce temps on fait la plastique, la malade est décanulée, la guérison est complète et durable.

In-BARLATIER, T. Lyon 1908.

OBSERVATION IV. — D^r Béco (de Liège) et Lejeune

A... D... — *Pupillomes, interventions endolaryngées, récurrence, trachéotomie, thyrotomie, guérison pendant deux ans, récurrence, laryngostomie. La guérison s'est maintenue depuis trois ans.*

Il s'agit d'un malade qui a été présenté par le docteur Béco à la Société belge d'oto-laryngologie.

Alexandre D..., 5 ans, entre le 15 mars 1899 à la clinique de l'hôpital des Anglais présentant de la gêne respiratoire et de la raucité de la voix, la raucité a été très marquée vers l'âge de deux ans ; la gêne respiratoire est venue plus tard et a été progressivement croissante.

L'enfant a de grosses amygdales et de volumineuses adénoïdes, le curetage du pharynx nasal et l'amygdalectomie double ne modifient pas sensiblement les troubles respiratoires. La laryngoscopie fait découvrir des végétations de la région aryténoïdienne. Un mois après ; accès de suffocation ; l'âge et l'indocilité de l'enfant

rendent impossible une intervention endolaryngée. On a recours, le 15 novembre 1899, à une trachéotomie basse.

Pendant les mois suivants, tentatives répétées de décanulement, mais l'obstruction laryngée s'accuse de plus en plus.

Thyrotomie le 16 juillet 1900, ablation de nombreuses végétations laryngées à la pince coupante, aux ciseaux et au galvano-cautère. Suture immédiate au catgut, quinze jours après l'enfant est décanulé et respire librement.

Quatre mois après, récurrence des papillomes. Raucité de la voix et gros tirage. Le 24 novembre 1900 : trachéotomie et thyrotomie en une seule séance, excision des granulations du larynx et des anneaux supérieurs de la trachée, tamponnement du larynx et mise en place de la canule. Au cinquième jour, nouveau curetage et suture à la soie des cartilages cricoïdes et thyroïdes.

Suites opératoires normales, la canule est enlevée le septième jour et l'enfant guéri le 6 janvier 1901. Il est présenté le 2 juin 1901 à la Société belge de laryngologie et les membres de la Société peuvent constater que la guérison de l'enfant paraît complète et définitive. Il est revu par le docteur Béco en janvier 1902 ; quinze mois après l'opération la guérison s'est maintenue parfaitement. Nouvelle constatation semblable sept à huit mois après ; en sorte qu'il a paru guéri pendant deux ans. Depuis ce moment et pendant cinq ans l'enfant est perdu de vue.

Fin février 1908, l'enfant, actuellement âgé de quatorze ans, revint à la consultation la voix rauque, la respiration suffocante.

La commissure antérieure est un peu distendue, sur la corde vocale siège une tumeur grosse comme une fève, à surface rouge, d'aspect lisse et nullement papillaire. La partie sus-glottique est indemne de tout néoplasme ; la lumière trachéale est masquée par la tumeur sous-glottique, la muqueuse est très injectée. Le 10 mars, nous pratiquons avec DELSAUX et LEJEUNE la laryngotrachéotomie. L'incision destinée à placer la canule dans le bas de la trachée fait

surgir d'énormes masses papillomateuses qui gênent d'abord l'introduction de la canule. Celle-ci mise en place, le haut de la trachée et le larynx sont ouverts.

Les masses néoplasiques sont disposées en trois sièges distant l'un de l'autre. Le premier se trouve sur la corde gauche, c'est la masse vue par le laryngoscope, avec cette différence que dans le larynx ouvert elle est de configuration papillaire, le deuxième se trouve à l'emplacement de la canule que le patient a longtemps portée autrefois; le troisième est découvert après avoir retiré la canule premièrement appliquée, à distance à peu près égale de la fourchette sternale et de la bifurcation bronchique, il est remarquable; que ces trois sièges distincts sont précisément ceux qui sont relevés dans le début de l'observation.

Dans ce cas, les néoplasmes sus-glottique ne se sont pas reproduits; les sous-glottiques seuls ont récidivés. La canule a demeure paraît avoir eu une influence provocatrice de l'ensemencement. Les masses ont été enlevées au ciseau ou à la curette suivant leur siège et leur point d'insertion a été touché au galvano-cautère.

Canule mise au bas de l'incision trachéale poussée à ses dernières limites. Drain fermé dans la trachée et le larynx à l'exclusion des cordes, peu de réaction les jours suivants, pas d'odeur, les sutures ont été sectionnées le quatrième et le cinquième jour. Les eschares se sont éliminées sans accident, l'eschare intermédiaire a dénudé le cartilage parce que une hémorragie tenace nous a obligés à appliquer plusieurs fois le cautère.

Le 25 mars pas de trace de récidive, le drain a été supprimé après 15 jours environ.

Le 25 mai, la canule a été enlevée parce que les progrès de l'épidermisation sont suffisants pour s'opposer à la soudure des lèvres trachéales, nous nous sommes bornés à interposer entre elles une lame de gaze enduite de vaseline stérilisée. Pansement,

Après plusieurs mois le cou est recouvert de huit à dix feuilles de gaze puis par un morceau de sparadraps.

Thèse BARLATIER, Lyon 1908.

Le 14 juin 1909, Béco présente à la Société belge de laryngologie ce malade chez lequel la stomie a été fermée par autoplastie il y a quatre mois. "Au laryngoscope on distingue encore la face épidermisée d'aspect nacré du lambeau qui obture la brèche trachéale.

In-CHAUVEAU, t. II, p. 203, 1909.

En 1910 le malade n'a pas récidivé et continue d'aller bien.

In-CHAUVEAU, t. II, p. 183, 1910.

OBSERVATION. — Béco (Liège)

F... M... — *Interventions endolaryngées, récidive, trachéotomie avec repos, récidive, laryngostomie, pansement, guérison,*

Félix M..., 3 ans, nous est présenté le 7 juin 1907, il a été opéré au début de décembre 1906 de laryngofissure pour papillomes du larynx ; après avoir été considérablement soulagé, bien qu'il eût gardé la voix rauque ; il a été de nouveau gêné, deux mois environ après l'intervention et actuellement il est bien près de se retrouver dans l'état primitif : voix éteinte, respiration accélérée, cornage et un peu de tirage. La nuit la respiration est plus douce et plus facile, elle s'altère surtout à l'occasion des mouvements.

Laryngoscopie impossible sans cyanose : expectation.

Un mois après la gêne respiratoire s'est accentuée, il est survenu du spasme respiratoire : trachéotomie le 10 juillet 1907,

Le 2 juin 1908, examen laryngé aux laryngoscope ; l'épiglotte apparaît aplatie transversalement, en tirant fortement la langue avec l'abaisse langue d'Escat, sous narcose, avant de commencer l'opération, nous constatons une fois de plus, que l'ouverture laryngienne est totalement comblée par une masse papillaire grosse comme le bout de l'auriculaire.

Laryngo-trachéostomie. — L'incision des tissus sur la ligne médiane nous conduit directement dans le larynx. Les lames du cartilage thyroïde sont écartées et réunies seulement par du tissu fibreux beaucoup plus dense à l'angle supérieur ou du reste l'écartement est presque insignifiant. On trouve une masse papillomateuse grosse comme un pois sur la marge supérieure de l'orifice canulaire, il n'en existe pas au dessous.

Le larynx est littéralement comblé de papillomes dont on ne découvre pas nettement les insertions dans cette organe de petite dimension. Force nous est d'arracher à la pince les masses les plus encombrantes, nous finissons par nous rendre compte qu'elles sont insérées surtout du côté gauche ou elles ont envahi la corde inférieure et le ventricule de Morgagni et aussi la muqueuse interaryténoïdienne. Elles sont plus rares à droite.

Une forte pince d'abord, et une curette fenêtrée, large de 6 millimètres nous servent à débarrasser l'organe des néoplasmes que nous cherchons à fragmenter le moins possible, pour réduire dans la mesure du possible les chances d'ensemencements.

Chaque région est réexaminée après coup et repassée avec une curette plus étroite. En ce cas, faute de voir exactement les points d'insertion et pour ne pas déterminer des eschares diffuses et trop étendues, nous nous abstenons de cautérisations galvaniques ou chimiques. Dans notre conception la stomie servira à explorer fréquemment et longtemps le larynx, et lors des récives probables nous jugerons si nous pouvons agir avec plus de précision et de sûreté, Mise en place d'une canule Lombard-Sargnon ; suture de

la muqueuse à la peau pour mieux opérer le rapprochement, drain fermé en haut, biseauté en bas, tamponnement à la gaze vaselinée et pansement.

Suites opératoires des plus simples, un peu de toux dans les premiers jours, sécrétions très abondantes d'abord, puis fétides au niveau de la plaie, et cela pendant deux jours seulement. Elévation thermique vespérale de cinq à sept dixièmes au début, température normale le cinquième jour, après que la dernière suture a été coupée. Nous attribuons la légère poussée fébrile à la réaction des bords de la plaie. Le décollement des bords de la peau nous a paru d'aucune utilité, en raison de l'accolement toujours imparfaitement réalisé des bords de la muqueuse et des bords de la peau, et de l'infection inévitable de la plaie qui met obstacle à la réunion per priman.

Dès le cinq juin, c'est-à-dire le quatrième jour, nous supprimons le drain et nous nous bornons à tamponner le larynx et le haut de la trachée à la vaseline stérilisée ; il en est résulté pour le petit opéré un soulagement, car le drain paraissait l'incommoder ; il faut en ce cas tenir écartées les lèvres de l'incision et surveiller le bourgeonnement pour éviter un accolement de l'incision. Cette pratique n'a eu jusqu'à présent aucun inconvénient.

In BARLATIER. Thèse Lyon, 1908-1909.

Le malade continue à récidiver. La stomie permet la surveillance du larynx et le curettage des papillomes pendant que la respiration de l'enfant est complètement assurée.

15 juin. Congrès Belge 1909. *In*-CHAUVEAU. P. 205, T. II. 1909.

On prévoit la guérison des papillomes, mais dans le cours de cette seconde année l'enfant n'a pas été suivi d'assez près.

Le petit malade est complètement guéri, l'autoplastie a été faite.

In-CHAUVEAU. T. II, p. 183, 1910.

OBSERVATION. — Béco et Sargnon.

Malade présenté le 6 janvier 1908, à la Société médico-chirurgicale de Liège, papillomes suffocants, trachéotomie, laryngofissure, récédive, laryngostomie, récédive au cours des pansements, nouvelles ablations par curettage, guérison.

L'enfant avait subi une trachéotomie pour papillomes suffocants du larynx, persistance de la sténose, laryngofissure, cautérisation au galvano-récédive des papillomes, enfant canulard.

2 novembre 1907, la laryngoscopie indirecte et la laryngoscopie directe ne sont pas faites car l'opération est pratiquée de suite.

L'examen de la plaie trachéale montre au pourtour de la cavité de très nombreux papillomes, même dans la région sous-glottique. Pas de papillome dans la région inférieure de la trachée; Laryngostomie, opération classique, moyenne hémorragie, emploi de la canule modifiée de Lombard, section impossible du cricoïde au bistouri boutonné, car le cricoïde est ossifié, la cisaille de Moure permet facilement la section. La cavité laryngée au-dessus et au niveau du coude de la canule est bourrée de papillomes que l'on curette minutieusement. Hémorragie sans importance; il y a un papillome sur la corde vocale gauche et un entre les deux cordes, on constate en arrière une bride cicatricielle qui est incisée à fond, la suture de la muqueuse et de la peau est difficile dans ce cas à cause de l'ossification, mais une partie des fils sont suffisamment bien placés, d'autres accollent simplement la muqueuse au péri-chondre. Au second pansement le docteur Béco trouve encore un petit papillome ayant échappé lors de l'opération. Huit jours après destruction au voisinage de l'orifice canulaire de deux petits bourgeons de nature douteuse, mais paraissant être des granulations banales.

Pendant six semaines, une exploration minutieuse ne révèle

aucune production suspecte. On croit toute récidence terminée, les pansements deviennent plus espacés et moins minutieux, mais bientôt on constate dans le haut de la trachée deux masses papillomateuses entre le drain et la paroi trachéale, curettage et cautérisation au nitrate d'argent.

Persistance encore d'un débris papillomateux qui est enlevé le 10 janvier 1908. L'examen du patient nous montre, outre le fragment papillomateux signalé, toute une série de néoplasmes de nouvelle formation autour de la canule, jusqu'à 4 centimètres environ au-dessus de l'orifice canulaire.

Chacun des ilots est cureté et le pédicule ou mieux le siège d'implantation est touché au nitrate d'argent pur.

En cinq ou six jours toutes les eschares sont disparues, nous remplaçons la canule par un tube de caoutchouc, persuadés que celui-ci sera moins irritant que la canule métallique. Nous pensons d'ailleurs que dans le cas de papillome, il y a tout avantage à ne pas laisser longtemps de tube dilateur dont l'irritation ne peut que favoriser la repousse ou même l'ensemencement de papillomes.

Le 4 février, nous retrouvons trois petits ilots sous canulaire ; et au niveau de l'extrémité inférieure de la canule, la paroi postérieure porte une élévation rouge et lisse qui ne paraît pas de même nature. Le 10 février, drain et canule sont définitivement enlevés : pansement à plat. Depuis lors nous n'avons plus retrouvé de productions suspectes, la lèvre droite de la stomie portait une saillie en éperon constituée par les extrémités de 3 anneaux tranchéaux, nous en avons fait la résection sous-muqueuse, ou plutôt sous-cutanée, puis nous avons suturé le lambeau de façon à ne pas perdre le bénéfice de l'épidermisation à ce niveau. Depuis lors, l'opérée circule protégée par un pansement constitué par une dizaine de feuilles de gaze qui obturent la stomie. Depuis le 10 mai le pansement est remplacé par un emplâtre qui ferme la trachée et rend obligatoire la respiration buccale.

L'autoplastie a été tentée le 1^{er} juin, mais aussitôt le lambeau occlusif suturé, l'opéré a été pris d'accidents de suffocation qui ont obligé de libérer le lambeau et de rétablir la stomie dont l'occlusion est remise à une date ultérieure. La dyspnée n'était point due à une récurrence des papillomes, mais à l'inobservance du port de l'emplâtre au devant de la stomie.

Congrès laryngologique Belge,

14 juin 1909.

Archives CHAUVEAU. Tom II. P. 205. 1909.

L'autoplastie a été faite, le malade est guéri.

In CHAUVEAU, 1910. T. II p. 183.

OBSERVATION VII. — **Calamida**

Enfant, 6 ans, papillomes multiples récidivants ; ablation par les voies naturelles ; trachéotomie, laryngostomie, récurrences des papillomes, décanulation au bout de 4 mois, plastique, guérison

Congrès de la Société italienne, avril 1910.

OBSERVATION VIII. — **Van-den-Wildenberg**

Jeune fille de 8 ans, atteinte de papillomes diffus du larynx et de la trachée ; on lui fait une thyrotomie à l'âge de trois ans, qui fut suivie d'une récurrence, au bout de trois semaines, nécessitant une trachéotomie d'urgence. Malgré la longue cure de repos (4 ans), du larynx, les papillomes ne montraient aucune tendance à la guérison, ils s'étaient étendus jusqu'à la trachée. Il y a un an (1908) la laryngostomie fut pratiquée avec éradication totale des tumeurs ; depuis on n'a plus constaté aucune récurrence des papillomes

et l'autoplastie pratiquée il y a deux mois à très bien réussie ; aujourd'hui la malade respire normalement, sa guérison paraît complète.

In-archive, CHAUVÉAU, page 215. Année 1909.

OBSERVATION IX. — **Gherardo Perréri (Rome)**

C... F... 25 ans. — *Papillomes diffus. Interventions endolaryngées. Trachéotomie avec repos. Laryngofissure. Laryngostomie. Guérison.*

Rien à noter dans les antécédents, ni dans la ligne collatérale. En 1905, la malade vient nous consulter pour une maladie qui à son dire remontait à six ou sept mois et consistait en une gêne respiratoire d'abord légère, qui peu à peu s'aggrava au point de mettre la vie en danger par des crises de suffocations. Au laryngoscope on découvrit une masse néoplasique d'aspect papilliforme occupant toute la moitié droite du vestibule et s'étendant en bas jusqu'au cricoïde. L'examen au microscope d'un fragment de tumeur confirme le diagnostic clinique.

La respiration était tellement embarrassée qu'il fallut pratiquer la trachéotomie sous anesthésie à la cocaïne et à l'adrénaline. Le second temps consiste à tenter d'exciser le papillome par les voies naturelles, mais l'intolérance de la malade et le volume du néoplasme firent échouer l'intervention et il fallut recourir à la laryngofissure.

L'opération eut lieu en janvier 1906, et, l'on retira une tumeur papillomateuse grosse comme une amande implantée dans la moitié droite du larynx du vestibule au cricoïde. Le point d'implantation fut gratté et cautérisé. On sutura les bords du cartillage cricoïde, les suites opératoires furent normales et au bout d'un

mois on enlève la canule trachéale, Quant la malade quitta la clinique elle semblait guérie et la tumeur ne présentait pas de tendance à récidiver.

En novembre 1906, la malade revint nous trouver pour des phénomènes de sténose laryngée. A l'examen laryngoscopique, on reconnut que le néoplasme s'était reproduit et avait atteint sinon dépassé son volume primitif.

La trachée fut immédiatement rouverte et l'on décida le maintien de la canule jusqu'à disparition du papillome, espérant la guérison spontanée consécutive au repos de l'organe. Mais notre espoir fut déçu et en janvier 1908 on dut effectuer la laryngostomie.

La malade est très robuste et ne présente rien d'anormal en dehors des accidents respiratoires.

Le 4 janvier on pratique sous chloroforme une incision le long de la ligne médiale du cou, au-dessus de la fistule trachéale. Après avoir découvert la trachée, on prolonge vers le bas l'orifice du conduit et l'on abaisse la canule à deux centimètres environ. Ensuite on ouvre le larynx en procédant de bas en haut et de l'intérieur à l'extérieur au moyen d'un bistouri boutonné, sectionnant ainsi le cricoïde et le thyroïde. A l'aide d'un emporte-pièce on retire du cricoïde les deux tronçons.

Enfin on tamponna l'orifice laryngé avec trois feuillets d'ouate comprimée et serrés l'un contre l'autre et enveloppés de gaze iodoformée. A l'extérieur on appliqua à plat de la gaze et de l'ouate stérilisée.

Retrait du tampon au bout de quarante-huit heures. Le larynx est très dilaté et facile à explorer sous anesthésie à l'adrénaline, on incise toute la masse papillomateuse, on replace des tampons d'ouate comprimée et à dater de ce moment le tampon d'ouate est changé tous les vingt-quatre heures. Avec le temps la dilatation du larynx alla toujours en augmentant, le gonflement des tampons s'accroissant lors de chaque pansement. Simultanément, à gauche,

la peau se déplissait, recouvrait la muqueuse laryngienne, tandis que la tumeur récidivait à droite. On songe à utiliser le radium et le matin en faisant le pansement on maintient ce sel au contact du papillome durant une demi-heure. En exerçant une légère pression sur les tissus, on fit ainsi dix applications d'une durée totale de cinq heures, agissant successivement sur la surface totale de la tumeur et provoquant une ulcération profonde qui mit un mois à se cicatriser. A la place du papillome, on vit une zone de tissus blanchâtres se détachant sur la peau. Jusqu'au 22 juillet on continua à tamponner régulièrement le conduit laryngien et on finit par obtenir des parois épidermisées qui se poursuivirent jusque dans la trachée.

A ce moment, on résolut d'effectuer la plastique et par une incision rasant les bords de l'orifice laryngien, on dessina un rectangle dont les côtés inférieurs marquait à un millimètre à l'extérieur de cette première incision, on en pratiqua une deuxième et la peau interposée fut réséquée ; ensuite on mobilisa les deux lambeaux latéraux après avoir prolongé sur deux centimètres de chaque côté l'incision horizontale supérieure.

Ainsi on réussit à rapprocher les deux bords cutanés que l'on sutura par leurs bords antérieurs. En dernier lieu on fit des points de suture entre le bord supérieur de chacun des deux lambeaux, et le fragment cutané supérieur. Au bout de cinq jours, les points de suture furent enlevés et le pansement changé, deux des points n'ayant pas adhéré il fallut les refaire à nouveau, on laissa passer cinq autres jours après lesquels la plaie se cicatrisa en totalité, le larynx s'oblitéra et la malade quitta la clinique portant une canule trachéale fermée à l'extérieur, et fenêtrée en haut, de sortes que la respiration s'accomplit entièrement par la voie buccale.

Bientôt la canule trachéale pourra être enlevée et on fermera la

fistule par une plastique analogue à celle que l'on a employée pour le larynx.

Observation FÉRRÉRI. Archives CHAUVÉAU.
Tome II p. 621. Année 1908

La plastique a été effectuée le 15 décembre 1909, et en février 1910 on oblitère définitivement la trachée. Les suites de l'intervention furent normales et lors du dernier examen la malade respirait suffisamment et la phonation était rétablie.

M. CHAUVÉAU p. 717 tome N° 1911.

OBSERVATION X. — Sargnon-Vignard

Trachéotomie pour papillome diffus. Traitement arsenical. Récidive. Laryngostomie. Notable amélioration. Meurt faute de soin loin de l'hôpital.

Dans le service du D^r VIGNARD, novembre 1910, j'ai laryngotomisé une fillette de 4 ans, rentrée à la Charité le 24 juin 1910, pour une sténose laryngée datant de 3 ans. La sténose est intense, le thorax élastique comme du caoutchouc. L'enfant très amaigrie, la voix aphone ; l'examen laryngoscopique indirecte confirme le diagnostic de papillomes. Trachéotomie exsangue sous cricoïdienne, rendue difficile par un gros corps thyroïde. Suites opératoires normales, la malade reste dans le service et prend de l'arsenic à l'intérieur, pas d'amélioration des papillomes qui envahissent le pourtour canulaire et dépassent l'orifice supérieur du larynx. La laryngostomie est pratiquée le 11 octobre sous infiltration cocaïnique, de Schleich avec l'aide de BOTTEY, de CLAOUÉ et de MOURET, elle est normalement faite, à noter seulement une hémorragie énorme lors de l'incision du larynx, nécessitant des

tamponnements successifs. Suture du larynx à la peau. Extirpation aussi complète que possible des masses papillomateuses qui ont envahi toute la muqueuse depuis la canule jusqu'à l'épiglotte ; c'est une infiltration papillomateuse diffuse et totale il existe même de gros papillomes qui font saillis dans la bouche.

Au bout de 15 jours la stomisation se présentait normalement, mais malgré une ablation minutieuse des papillomes, ceux-ci recidivaient tout le temps malgré des cautérisations au galvano-cautère.

Les papillomes péricanulaires envahissent parfois la plaie de stomatisation produisant ainsi de véritables verrues ; chez cette malade notons l'insuccès des curettages des cautérisations, des ablations, l'insuccès de l'arsenic à l'intérieur et de la magnésie calcinée à l'intérieure et localement. Cependant au bout de 4 mois elle pouvait respirer par son larynx, il ne s'agissait donc plus que d'éviter dans la mesure du possible la récidence. Malheureusement pour motif budgétaire la malade est mise à l'hospice de Chambéry pendant deux semaines, puis renvoyée chez elle où par manque de soins elle meurt au bout d'un mois.

Que s'est-il passé ? Y a-t-il eut généralisation sus-canulaire ou bien, du décubitus sous-canulaire ? En effet, pendant l'époque de la trachéotomie nous avons eu à plusieurs reprises à lutter contre des menaces graves de suffocation par décubitus canulaire inférieur, il nous a fallu mettre des canules plus longues pour combattre cette complication.

L'insuccès de ce cas ne peut certes pas retomber sur la laryngostomie car la malade avait été notablement améliorée et elle meurt un mois après son départ n'ayant subi aucun soin.

In-CASTEX, janvier 1912, p. 26.

OBSERVATION XI. — **Viannay (Saint-Etienne)**

Papillomes diffus du larynx. Accidents brusques de suffocation. Trachéotomie d'urgence. Impossibilité de supprimer la canule qui reste en place cinq ans. Laryngostomie suivie de dilatation. Oblitération spontanée de l'incision. Fermeture de la stomie sans opération plastique. Guérison.

In-CHAUVEAU.

OBSERVATION XII. — **Gherardo-Ferreri**

D... R..., enfant de 6 ans, porteur de papillomes récidivants. Trachéotomie d'urgence en 1907, et soigné sans pouvoir éluder les récidives. En 1908, on pratique inutilement la laryngo-fissure il faut en 1909 avoir recours à la laryngostomie. En dépit du traitement antipapillomateux, c'est seulement au bout d'un an et après de nombreuses applications de radium que la guérison est assurée. La plastique a pont avec occlusion en un temps est effectuée en mars 1911. Le résultat final est parfait au point de vue de la respiration et la phonation ; malgré les multiples interventions sur le cou. Rien à dire au point de vue de l'esthétique.

In-CHAUVEAU, p. 718, T. II, 1911.

OBSERVATION XIII. — **Gherardo-Ferreri**

G. G... étudiant 18 ans atteint de papillomes récidivants ; depuis son enfance le malade a subi 6 trachéotomies et deux laryngofissures ; quand il vient nous consulter en 1909 il porte une canule trachéale et son larynx est bourré de volumineux papillomes. La peau du cou présente encore une apparence cicatricielle. On fait la laryngostomie et l'on soumet les papillomes à l'action du radium.

Réparation rapide et disparition des papillomes, mais vu l'état antérieur de la peau du cou, la plastique est laborieuse, on transplante un lambeau cutané sternal et l'on parvient ainsi à oblitérer les deux tiers inférieurs de la fistule. Le malade guérit.

In-CHAUVEAU, t. II. p. 718-1911.

OBSERVATION XIV. — Janquet, (de Bruxelles).

L'auteur présente au congrès un enfant laryngostomisé et guéri. Ce sujet a été opéré en octobre 1907 et montré au congrès d'il y a 2 ans. Il était alors complètement débarrassé de son obstruction laryngo-trachéale mais sa stomie qui ne donna lieu à aucun incident, était maintenue fermée par une emplâtre adhésive et ne fut refermée que cette année par suture médiane. Le résultat tant plastique que physiologique est parfait.

In-CHAUVEAU, t. II p. 184-1910.

OBSERVATION XV. — Gradenigo.

9 ans papillomes laryngés trachéaux. Canulard depuis l'âge de 4 ans, Catarrhe chronique grave. Quelques curettages et tentatives de décanulation récidive. — Laryngostomie le 20 décembre 1903 anesthésie locale. — Dilatation à la gaze iodoformée. Renvoyé le 30 Juin 1910. — Respiration par voies naturelles! Guérison.

In-CASTEX, page 28 Janvier 1912.

OBSERVATION XVI. — Ferreri.

16 ans papillomes laryngés. — 7 trachéotomies d'urgence. — Récidives. — Trachéotomie. — Laryngostomie. — Radium. — Guérison.

In-CASTEX, page 28 Janvier 1912.

OBSERVATION XVII. — **Moure.**

Adulte — papillomes diffus récidivants. — Ablation par les voies naturelles — thyrotomie — dégénérescence — laryngostomie — applications de pâte arsenicale — dilatations caoutchoutée. Insuccès. Généralisations cartilagineuse. Guérison par la laryngostomie totale.

In-CASTEX Janvier 1912. — Sargnon statistique.

OBSERVATION XVIII. — **Guisez.**

Enfant, papillome. — Interventions multiples laryngo-trachéales antérieures — les interventions ont amenées de la sténose crico-trachéale, et des adhérences sous-glottique. Laryngostomie décembre 1910. 2 mois de dilatation ; plastique en mars 1911 — respiration bonne, voix rauque.

In-CASTEX, Janvier 1912. — Sargnon statistique.

OBSERVATION XIX. — **Halphen**

L. Kl. — Multiples intercentions endolaryngées, récidive, laryngostomie, récidive, emploi de la magnésie calcinée (Méthode de Claoué de Bordeaux), récidive, laryngotomie, dilatation caoutchoutée, guérison.

Lucie Kl., la malade est atteinte depuis 6 ans de papillomes diffus laryngés. En 1907 on essaya de lui enlever à plusieurs reprises les papillomes par les voies naturelles, à la consultation des enfants malades.

Voici du reste l'observation publiée dans la thèse de Ch. DENILLE — Paris 1909.

Lucie Kl., 10 ans, rien dans les antécédents héréditaires et personnels, à noter le fait intéressant que l'enfant a eu un prix de chant deux ans auparavant, ce n'est que depuis trois mois (28 mars

1906) que la voix s'est couverte peu à peu pour disparaître complètement aujourd'hui, pas de suffocation, Menée consulter il y a une mois, on porte le diagnostic d'hystérie laryngée et on la met au traitement hydrothérapique. Conduite chez le professeur Marfan il l'envoie à Roland. Ex. L. Il existe sur la corde vocale une masse papillaire occupant à peu près la moitié de la corde, 29 mars 1906. Anesthésie à la cocaïne au 1/20. Ablation des p. à la pince de M. Schmidt. Fin 1906, commencement 1907, plusieurs séances sont pratiquées avec plus ou moins de succès, mais les papillomes progressent sans entraîner cependant aucun trouble de dyspnée, l'enfant est aussi bien portante que possible, mais les parents se lassent de venir. On cesse de voir l'enfant.

Mai 1908, l'enfant est confiée par la famille au docteur Sébilleau
observation du docteur Halphen.

C'est alors qu'au début de 1908, malgré ces ablations successives, la sténose du larynx étant à nouveau complète, la malade entre dans le service du professeur Sébilleau, qui, le 19 février 1908, pratique la laryngostomie après trachéotomie préalable.

Les cordes vocales sont libérées des grosses masses polypeuses qui les entourent complètement ; l'on doit même, pour pouvoir atteindre des papillomes qui siègent dans la partie sus laryngée, inciser la membrane hyothyroïdienne ; à la laryngotomie on ajoute l'hyotomie médiane ce qui permet de retourner l'épiglotte et d'enlever tous les tissus néoplassiques qui le recouvrent et l'entourent. Ce curettage étant terminée on ramène les lèvres de l'incision et l'on suture les différents points, on laisse dans la plaie une canule que l'on retire dix jours après. Dans cet interval la malade fit une broncho-pneumonie par infection trachéale descendante.

Le 5 mars, c'est-à-dire 15 jours après l'intervention, la malade se trouvant guérie de sa broncho-pneumonie sort de l'hôpital, à cette époque sa respiration est normale, mais elle conserve toujours

la voix voilée qu'elle a depuis l'âge de 4 ans. Les tumeurs papillomateuses sont donc disparues avec leur symptômes, du moins en apparence. Cependant deux mois s'écoulent à peine que les papillomes récidivent et avec eux réapparaissent tous les symptômes qui les accompagnent, depuis la simple gêne respiratoire jusqu'aux terribles crises de suffocation ; on note de la dysphonie et même des douleurs laryngées. A l'examen laryngoscopique, l'on constate que la glotte est de nouveau complètement obstruée par des masses végétantes dont on prélève un fragment pour en faire l'examen microscopique ce qui permet d'affirmer que l'on se trouve en présence de papillomes récidivants. La malade ne rentre à l'hôpital que le 2 janvier 1911.

Pendant trois semaines, conformément aux données les plus récentes (méthode de Claoué) la malade est soumise au traitement de la magnésie calcinée, chaque jour on fait des insufflations sur les tumeurs avec le lance poudre de Moritz Schmidt et l'on fait prendre à l'intérieur 2 grammes de magnésie par jour.

N'ayant obtenu aucun résultat par ce nouveau mode de traitement, le D^r Halphen se propose de faire une laryngostomie et d'obtenir secondairement l'épidermisation de la cavité laryngée par la dilatation caoutchoutée selon la méthode de Sargnon et Barlatier.

Le professeur Sebileau confie au D^r Halphen l'opération qui est pratiquée le 1^{er} février 1911. La malade est anesthésiée au chloroforme. On incise à travers la cicatrice pré-laryngée et après mise à nue du larynx entouré de tissu fibreux, on met une canule dans la trachée, cette canule servira à amener le chloroforme par l'intermédiaire d'un long tube de caoutchouc fixé au Ricard. Le thyroïde et le cricoïde sont fendus sur leur ligne médiane jusqu'à l'incision trachéale, et les lèvres cartilagineuses sont immédiatement fixées aux lèvres cutanées par de grosses soies. Les papillomes uniquement sous-glottiques sont enlevés au ciseau, ainsi que toute la

muqueuse qui est curettée jusqu'à mettre à nus les cartilages par leur face interne, la cavité laryngée est ensuite tamponnée à la gaze, et chaque mèche est fixée par un crin à la canule.

Le lendemain la malade est en parfait état assise sur son lit en train de lire ; pendant 15 jours la cavité laryngée est tamponnée à la gaze, induite de pommade rouge écarlate. A aucun moment on ne constate de sphacèle, à aucun moment la température ne dépasse 38 degrés. Ce délai passé au bout de quatre jours on enlève les fils qui coupent la peau, après 15 jours la dilatation est commencée avec un drain dont on augmente de jour en jour le calibre. Ce drain, dont les parois sont induites de rouge écarlate est biseauté à son extrémité inférieure, il est retenu fixé à la canule par un crin, le pansement est fait quotidiennement pendant six semaines. Quelques bourgeons charnus sont cautérisés au nitrate d'argent. Cependant on voit peu à peu l'épiderme envahir la cavité laryngée, et au bout de deux mois on supprime le drain. Le larynx semble alors s'être refermé à sa partie supérieure autour du drain comme moule. A l'aide d'un petit miroir de rhinoscopie postérieure on suit l'épidermisation et la réfection des cordes. Pour éviter toute récurrence et malgré la résection large de toute la muqueuse, le D^r Halphen fait sur la surface cruentée des insufflations directes de magnésie, trois mois et demi après l'opération la canule est retirée et un large pansement aseptique oblitère la fistule trachéale restée béante depuis le début de l'opération, il n'a été constaté aucune récurrence de papillome, et la respiration se fait normalement par la bouche. La fistule trachéale se ferme peu à peu et le 15 juin, 1911 on pratique l'autoplastie qui réussit très bien. La malade quitte l'hôpital quelques jours après, la respiration est toujours normale mais la voix reste rauque. A l'examen laryngoscopique on ne constate aucune trace de récurrence, depuis, à interval plus ou moins régulier, la malade est revenue dans le service jamais on n'a constaté la moindre trace de papillome.

OBSERVATION XX (Halphen)

Inédite prise dans le service du Docteur Sébileau

Elise B..., 15 ans.

Entrée le 26 avril 1912 dans le service du professeur Sébileau, Papillomes du larynx. — Trachéotomie. Repos vocal. — Récidive, prolifération. — Intervention endolaryngée. — Récidive. — Laryngostomie. — Guérison.

Les antécédents personnels et héréditaires ne présentent rien d'intéressant.

Il y a cinq ans elle fut prise pendant la nuit de terribles accès de suffocation et le lendemain on la conduisait d'urgence dans une consultation de médecine, là elle fut envoyée dans un service de laryngologie, quelques jours plus tard elle entra dans le service de mon maître le professeur SÉBILEAU où le Docteur LOMBARD lui fit une trachéotomie d'urgence.

Depuis cette époque la malade garde sa canule respirant suffisamment par la trachée ; elle revient de temps en temps se faire débarrasser des papillomes qui ne cessent de récidiver et de proliférer malgré le repos auquel est soumis l'organe.

Devant cet insuccès la malade rentre à l'hôpital le 26 avril 1912, Le Docteur SÉBILEAU et le Docteur HALPHEN décident de pratiquer une laryngostomie.

Le 14 mai 1912, l'opération est pratiquée. La malade est anesthésiée au chloroforme avec l'appareil de Ricard qu'un tube de caoutchouc relie à la canule de Lombard, elle est mise en position de Trendelenbourg. Le Docteur HALPHEN sectionne la partie médiane du larynx depuis l'orifice de la trachéotomie jusqu'à l'os hyoïde,

De chaque côté la muqueuse laryngée est suturée à la peau, la stomie est constituée, on badigeonne le larynx à la cocaïne adrénaline, ce qui facilite le curettage de la cavité laryngée, aucune goutte de sang ne tombe dans la trachée malgré la résection large de la sous muqueuse. L'opération se termine sans incidents,

la malade étant débarrassée de tous les papillomes qui obstruaient l'orifice laryngé et envahissaient la trachée, on tamponne la plaie. On met en place une canule Lombard. Le lendemain pas de température. Pendant 8 jours on fait un pansement à la gaze imbibée de vaseline au rouge écarlate, chaque mèche du pansement est maintenue par un crin à la canule, on constate du sphacèle aux points de suture en même temps qu'une odeur très fétide.

Le neuvième jour, on enlève les fils de soie.

Le lendemain la fétidité a diminué en grande partie, et le Docteur HALPHEN commence peu après la dilatation caoutchoutée avec des drains taillés en biseau à l'extrémité inférieure et rodés à la flamme, on les enduit de pommade au rouge écarlate ; quelques petits points de bourgeonnement sont cautérisés. Un éperon cricoïdien s'étant formé l'on met en place une canule plus forte pour le faire disparaître.

La dilatation va progressant de jour en jour pendant 15 jours on augmente ainsi le calibre du drain, à partir de cette époque ayant constaté un peu de sphacèle de la partie inférieure du larynx on diminue le calibre de ces drains, 48 heures plus tard tout était rentré dans l'ordre, plus trace de sphacèle, néanmoins par mesure de prudence l'on reste au même calibre de drain.

Si on inspecte la partie sous-glottique, avec un petit miroir de rhinoscopie postérieure, on peut constater que les cordes vocales sont rouges, un peu boursoufflées mais qu'il n'y a aucune trace de papillome.

Un mois après l'opération la plaie s'est déjà fermée à sa partie supérieure, on pratique un examen laryngoscopique direct et l'on aperçoit alors sur l'épiglotte des petites tumeurs papillomateuses on ne prend pour le moment aucune décision. Mais quelques semaines plus tard la partie inférieure des cordes vocales devenant légère-

ment papillomateuse on fait quelques atouchements au nitrate d'argent et quelques insufflations à la magnésie calcinée.

Vers le 10 août la muqueuse étant complètement épidermée et ne présentant aucune trace de récurrence, la canule est supprimée.

La fente se referme peu à peu et huit jours après il ne reste plus qu'un orifice de 3 cmc. qu'obture toujours un pansement aseptique.

Malgré l'excellent état du larynx l'on décide d'attendre jusqu'en octobre pour faire l'autoplastie.

Pendant cet interval on ne constate aucune récurrence.

La malade rentre à Lariboisière le 20 octobre et le 26 du même mois le Docteur HALPHEN fait la plastique du larynx selon la méthode à deux lambeaux.

Tout se passe normalement, la respiration est parfaite, la voix bonne et l'image laryngoscopique normale.

La malade quitte l'hôpital dans le début de novembre paraissant complètement guérie.

Revue en décembre pas de récurrence.

OBSERVATION XXII (Halphen)

Inédite prise dans le service du professeur Sébilleau.

*Goavec M. (Hopital Lariboisière) entré le 5 juillet 1912
Papillomes diffus. Trachéotomie suivie de laryngostomie. Dilatation
caoutchoutée. Autoplastie. Guérison.*

Le malade entre à l'hôpital pour aphonie. Il y a un an sans cause apparente, la voix a commencé à se voiler depuis elle s'est éteinte progressivement, c'est, du reste le seul trouble fonctionnel qu'accuse le malade, il n'a jamais eu de crise de suffocation, jamais la moindre douleur, jamais de dysphonie. En le soumettant à l'examen laryngoscopique, j'ai pu remarquer siégeant au-dessus des cordes vocales une masse rouge mammelonnée plus marquée à gauche et de l'épaisseur d'une noisette environ.

Mon maître le professeur SÉBILEAU et le D^r HALPHEN décident de débarrasser ce malade de ces papillomès, à cet effet on lui fera d'emblée une laryngostomie sans soumettre préalablement le malade à d'autres traitements.

Le 12 juin le D^r HALPHEN trachéotomise le malade pour permettre au larynx de se reposer quelques semaines.

Le 8 juillet 1912 a lieu la laryngostomie. Le malade est anesthésié au chloroforme avec l'appareil de RICARD, qu'un tube de caoutchouc relie à la canule de LOMBARD placée à la trachéotomie.

Au fait une incision très haute, le thyroïde et le cricoïde sont fendus. On suture les lèvres de la plaie en reliant ensemble par un fils de soie la muqueuse à la peau du même côté. La stomie est faite, on curette alors le larynx jusqu'à résection de la sous-muqueuse. L'opération se termine sans incident, la cavité laryngée au-dessus de la canule est pansée avec de la gaze à l'ektokan. Pendant 8 jours le pansement est renouvelé et l'on peut constater du quatrième au dixième jour un sphacèle très intense. Pendant ce temps la température s'élève à 38° puis après quelques oscillations elle revient à la normale.

On note les jours suivants quelques points de bourgeonnement qui sont cautérisés au nitrate d'argent.

La canule ayant formé un pont cricoïdien on le cautérise et on met alors une canule plus grosse.

Le 15 juillet le D^r HALPHEN commence la dilatation caoutchoutée : le drain, qui a été rodé à la flamme et biseauté à son extrémité inférieure pour recevoir la canule, avant d'être introduit dans la cavité laryngée, est entouré de rouge écarlate.

Un mois plus tard le 17 août le larynx est complètement épidermisé et l'on retire alors la canule et le drain. Un pansement aseptique est placé devant la stomie qui se réduit peu à peu à une fente longue de quatre centimètres. L'examen ayant montré un

léger bourgeonnement à la partie supérieure on le cautérise au nitrate d'argent. Le malade qui est sorti de l'hôpital le 18 août 1912 revient se faire examiner de temps en temps. Vers le 10 septembre la fente n'est plus que d'un centimètre. Il rentre à l'hôpital le 15 Octobre et l'autoplastie est décidée pour le 20 de ce mois, elle est faite, le jour désigné par le D^r HALPHEN (selon la méthode de GLUCK), quoique l'on eût constaté à la partie supérieure de l'orifice trachéale quelques petits bourgeons de nature suspecte et dont l'examen microscopique pratiqué le lendemain vint confirmer que ces tumeurs étaient bien de nature papillomateuse comme on l'avait soupçonnée.

La plastique réussit très bien et huit jours plus tard l'enfant avait quitté l'hôpital, la respiration étant parfaite, la voix presque normale et ne montrant à l'examen laryngoscopique aucune trace de récurrence.

Revue en décembre pas de trace de papillome.

OBSERVATION XXIII. — **E. Baumgarten**

Papillome du larynx — depuis 7 ans le patient a atteint aujourd'hui 27 ans. De temps en temps on lui fait des opérations endolaryngées, le patient a un larynx aussi petit que celui d'un enfant.

CONCLUSIONS

Toutes les *opérations* que nous rapportons se terminent par *des succès* et le seul cas de mort que nous ayons à enregistrer n'est pas imputable à la *laryngostomie* ; le docteur **Vignard** qui publie cette observation le reconnaît : l'accident a été causé par un manque de soin, la malade ayant du quitter l'hôpital et rester absente pendant un mois, alors que l'état de son larynx amélioré, exigeait encore un examen et un pansement presque journaliers.

Les succès de la laryngostomie *s'affirment*, non seulement sur les *papillomes*, mais encore sur les *traitements* de cette affection. Dans la plupart des observations que nous publions, les malades n'ont ils pas été soumis, soit à la *trachéotomie*, soit à *plusieurs thyrotomies* avant de subir la *laryngostomie* qui devait les guérir. Cette supériorité et les résultats éloignés de ce traitement démontrent *expérimentalement* sa valeur thérapeutique. A travers toute la presse tant chirurgicale que médicale publiée ces dix dernières années nous n'avons pu trouver un seul exemple de *récidive*, chez les malades guéris par la *laryngostomie*. Nous ne voulons pas affir-

mer par là que le fait en est impossible, mais seulement, essayer de montrer l'importance de cette méthode, qui doit à notre avis prendre la place des procédés chirurgicaux employés jusqu'ici et dont les résultats ne sont point supérieurs à une simple intervention endolaryngée.

Nous ne répudions nullement les méthodes endoscopiques, mais, il nous apparaît au contraire, qu'à chaque cas de papillomes dont l'aspect et la forme pourront permettre de douter de la récurrence, le spécialiste est en droit de pratiquer l'ablation de ces tumeurs par les voies endolaryngées. S'il échoue, si les papillomes se multiplient, et récidivent nous croyons pouvoir **affirmer**, après les exemples publiés, que c'est un devoir pour lui de pratiquer sans hésitation la laryngostomie ; c'est en effet le seul traitement rationnel qui s'appuie sur des postulats thérapeutiques de premier ordre : comme le repos de l'organe pendant le traitement, l'observation continuelle et directe du champ opératoire permettant de limiter la récurrence et de faciliter l'épidermisation de la cavité laryngée jusqu'au moment où le résultat étant atteint on pourra rétablir les fonctions physiologiques de l'organe.

Vu : le Président de Thèse,
LEJARS.

Vu : le Doyen,
LANDOUZY,

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

BROWNER-FORMAHRIE. — *Bulletin médical*, 124, nov. 1906.

SIEUR et MARFAN. — Présentation de malades laryngostomisés. Société de chirurgie de Paris, 17 déc. 1908.

BÉCO. — Société médico-chirurgicale de Liège, 6 fév. 1908.

Société médicale d'Anvers, DEN WILDENBERG, 6 août 1908.

Semaine Médicale — — 17 février 1909.

BÉCO. — Présentation de 3 opérés. *Presse otol. Belge*, septembre 1900.

RUGGI. — Traitement des sténoses du larynx par la laryngost avec dilatation. *Semaine Médicale* 1909, n° 8, p. 77, 18 février.

FERRERI. — La plastique dans la laryngostomie. *Archives CHAUVEAU*, novembre, décembre 1911.

PAUL LAURENS. — Trachéotomie, fulguration. — LERMOYEZ, t. 1, p. 264, 1910.

KÆRNER. — Cricotomie. Saint-Pétersbourg, 7 nov. 1908. — LERMOYEZ, p. 537, t. 1, 1910.

SARGNON et BARLATIER. — Congrès international. Traitement des sténoses, 1910. — LERMOYEZ, 1910, p. 121, t. 11,

Revue hebdomadaire de laryngologie, 1910, t. II, p. 246.

Thèse de Toulouse, 1907, CH. DENILLE, 1910, t. II, p. 240.

Thèse de TOULOTTE, Lille, 1908, 10, n° 76.

Thèse de BARLATIER. — Lyon, 1909.

Lyon chirurgical, SARGNON et BARLATIER, (76 obser. de sténose en 1909.)

Presse otol Larg. Belge, 1910. — BÉCO, n° 7, n° 9, n° 10.

BROCA. — *Revue chirurg.* Traitement des papillomes chez l'enfant, p. 281, 1901.

